

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชนบท อำเภอวังน้ำเขียว จังหวัดนครราชสีมา



ชุตติเดช เจียนดอน

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกบริหารสาธารณสุข
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ. 2554

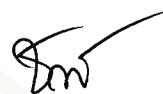
ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

Copyright by Mahidol University

วิทยานิพนธ์

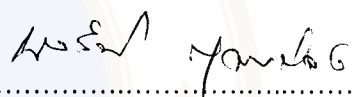
เรื่อง

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชนบท อำเภอวังน้ำเขียว จังหวัดนครราชสีมา



นายชุตีเดช เจียนคอน

ผู้วิจัย



รองศาสตราจารย์ นวรัตน์ สุวรรณผ่อง,

พ.ด.(ประชากรและการพัฒนา)

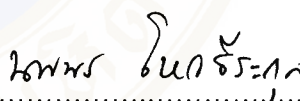
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก



รองศาสตราจารย์ นวรัตน์ สุวรรณผ่อง,

MSPH (Biostatistics)

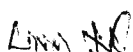
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม



รองศาสตราจารย์ นพพร ไทธีระกุล,

Ph.D.(Medicine & Health Sciences)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

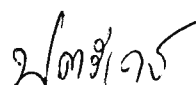


ศาสตราจารย์ บรรจง มไหสวริยะ,

พ.บ., ว.ว. ออร์โทปิดิกส์

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล



รองศาสตราจารย์ ปิยธิดา ศรีเดช,

บช.บ.(เกียรตินิยม), M.P.H., ส.ด.

ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร

วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์)

สาขาวิชาเอกบริหารสาธารณสุข

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชนบท อำเภอวังน้ำเขียว จังหวัดนครราชสีมา

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

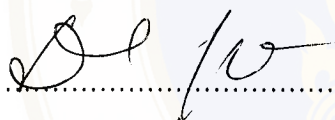
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกบริหารสาธารณสุข

วันที่ 4 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2554



นายชุตติเดช เกียนคอน

ผู้วิจัย



รองศาสตราจารย์ฉวีวรรณ บุญสุยา,

MSPH (Biostatistics)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



นายฐิติพัฒน์ รชตะนันท์,

M.D., FCCP

ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์



รองศาสตราจารย์นพพร ไหวธีระกุล,

Ph.D.(Medicine & Health Sciences)

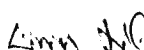
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



รองศาสตราจารย์นวรรตน์ สุวรรณพ่อง,

พ.บ.ค.(ประชากรและการพัฒนา)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,

พ.บ., ว.ว.ออร์โธปิดิกส์

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล



รองศาสตราจารย์พิทยา จารุพูนผล,

พ.บ., อ.ว.(ระบาดวิทยา)

คณบดี

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงลงไปได้ด้วยความกรุณาและช่วยเหลืออย่างยิ่ง จากคณาจารย์และผู้เกี่ยวข้องหลายท่าน โดยเฉพาะรองศาสตราจารย์ ดร.นวรรตน์ สุวรรณผ่อง อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก รองศาสตราจารย์ ดร.นพพร โหวธิระกุล และรองศาสตราจารย์ฉวีวรรณ บุญสุยา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่ได้กรุณาสละเวลาในการให้คำปรึกษา คำแนะนำอันเป็นประโยชน์ ช่วยตรวจสอบและแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ในการทำวิจัยตลอดมา ตลอดจนคณาจารย์ภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ทุกท่าน ที่ได้ประสิทธิประสาทวิชาความรู้ด้วยความเอาใจใส่และคอยให้ความช่วยเหลือตลอดระยะเวลาการศึกษา

ขอขอบพระคุณนายแพทย์จิตติพัฒน์ รชตะนันท์ ที่ได้กรุณาเป็นประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และให้ข้อเสนอแนะทางวิชาการที่มีประโยชน์ทั้งต่อผู้วิจัยและงานวิจัย

ขอขอบพระคุณนางสาวเพลินพิศ พรหมมานอก นางสาวม่าน กลอนดอน นางสาวอ้อมใจ ศรีอภัย นางสาวทิพย์สุธาพร ศรีอยกิง นางสาวปวีศา แก้ววงศ์ และนางสาวกนกวรรณ กลมพิมาย เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อำเภอวังน้ำเขียว จังหวัดนครราชสีมา ที่ให้ความช่วยเหลือในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการทำวิทยานิพนธ์จนเสร็จสิ้น

ขอขอบพระคุณบิดา มารดา เพื่อนนักศึกษาสาขาวิชาเอกบริหารสาธารณสุข ตลอดจนเพื่อนร่วมงานที่คอยให้กำลังใจ และให้ความช่วยเหลือ สุดท้ายนี้ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้สูงอายุในชนบท อำเภอวังน้ำเขียว จังหวัดนครราชสีมาทุกท่าน ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ที่ได้กรุณาให้ข้อมูลที่สำคัญอันเป็นประโยชน์ต่อการวิจัย จนสามารถให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี ซึ่งพระคุณของท่านจะระลึกไว้ในความทรงจำของผู้วิจัยตลอดไป

ชุตติเดช เจียนดอน

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชนบท อำเภอวังน้ำเขียว จังหวัดนครราชสีมา

QUALITY OF LIFE OF RURAL ELDERLY IN WANGNAMKHEAW DISTRICT, NAKHONRATCHASIMA PROVINCE, THAILAND

ชุดิเคช เจียนคอน 5136364 PHPH/M

วท.ม.(สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกบริหารสาธารณสุข

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: นวรัตน์ สุวรรณผ่อง, พบ.ค.(ประชากรและการพัฒนา), นพพร ไหวธีระกุล, Ph.D.(MEDICINE & HEALTH SCIENCES), ทวีวรรณ บุญสุยา, M.S.P.H.(BIOSTATISTICS)

บทคัดย่อ

การเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง ทำให้สังคมต้องรับภาระในการดูแลผู้สูงอายุ ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมวัฒนธรรม การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบภาคตัดขวาง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และหาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ ลักษณะของครอบครัว ภาวะสุขภาพ การเข้าร่วมกิจกรรมของชมรม และการได้รับการอบรม ความรู้สึกลึกซึ้งในตนเอง สัมพันธภาพในครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบวัดคุณภาพชีวิต SF-36V2.0 สัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติตรงตามที่ผู้วิจัยกำหนดไว้ จำนวน 478 คน เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1 มิถุนายน 2553 – 31 กรกฎาคม 2553 วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติไคสแควร์ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบขั้นตอน โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุมีความพอใจกับคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ร้อยละ 50.4 และพอใจด้านจิตใจ ร้อยละ 52.7 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่า เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ ภาวะสุขภาพ การเข้าร่วมกิจกรรมของชมรม อายุ การได้รับการอบรมพัฒนาคุณภาพชีวิต ความรู้สึกลึกซึ้งในตนเอง สัมพันธภาพในครอบครัวและการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้านร่างกาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้านร่างกายมี 6 ปัจจัย ได้แก่ ความรู้สึกลึกซึ้งในตนเอง ภาวะสุขภาพ การเข้าร่วมกิจกรรมของชมรม การศึกษา อาชีพและอายุ โดยสามารถอธิบายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้านร่างกายได้ ร้อยละ 30.5 ผลการวิจัยยังพบว่า ระดับการศึกษา ภาวะสุขภาพ การเข้าร่วมกิจกรรมของชมรม การได้รับการอบรมพัฒนาคุณภาพชีวิต ความรู้สึกลึกซึ้งในตนเอง สัมพันธภาพในครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้านจิตใจมี 5 ปัจจัย ได้แก่ ความรู้สึกลึกซึ้งในตนเอง ภาวะสุขภาพ การเข้าร่วมกิจกรรมของชมรม การได้รับการอบรม และสัมพันธภาพในครอบครัว โดยสามารถอธิบายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้านจิตใจได้ ร้อยละ 22.5 บุคลากรสาธารณสุขจึงควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกลึกซึ้งในตนเอง ส่งเสริมสัมพันธภาพในครอบครัว มีการสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอ รวมถึงการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ให้สอดคล้องกับความต้องการและวิถีการดำเนินชีวิต เพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไปในอนาคต

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิต / ผู้สูงอายุในชนบท / ความรู้สึกลึกซึ้งในตนเอง / การสนับสนุนทางสังคม

**QUALITY OF LIFE OF RURAL ELDERLY IN WANGNAMKHEAW DISTRICT,
NAKHONRATCHASIMA PROVINCE, THAILAND****CHUTIDECH JIANDON 5136364 PHPH/M****M.Sc.(PUBLIC HEALTH) MAJOR IN HEALTH ADMINISTRATION****THESIS ADVISORY COMMITTEE: NAWARAT SUWANNAPONG, Ph.D.
(POPULATION AND DEVELOPMENT), NOPPORN HOWTEERAKUL, Ph.D.
(MEDICINE & HEALTH SCIENCES), CHAWEEWON BOONSUYAR, M.S.P.H.
(BIOSTATISTICS)****ABSTRACT**

Due to the continuous increase in the number of the elderly, Thai society has a burden of responsibility for taking care of them as there have been changes in terms of physical, mental and socio – cultural aspects. This research was a cross - sectional study aimed at assessing the quality of life of rural elderly and determining the relationships between general characteristics, i.e, sex, age, educational level, marital status, occupation, family characteristics, health status, participation in elderly club activities and having received training in quality of life development, self – esteem, family relations, social support, and quality of life of rural elderly. Data on quality of life (QoL) were collected by using the Short Form 36 (SF - 36V2) while interviewing 478 elderly, selected according to criteria, from June 1 to July 31, 2010. Statistics used were Chi - square, Pearson's product moment correlation coefficient and stepwise multiple regression.

The research results showed that 50.4% of the elderly were satisfied with the quality of life for their physical health and 52.7% for their mental health. Sex, educational level, marital status, occupation, health status, participation in the elderly club's activities, ages and having been trained in quality of life development were all significantly associated with physical health QoL ($p < 0.05$). Six predictors of physical health QoL were self-esteem, health status, participation in elderly club activities, educational level, occupation, and age and these could explain 30.5% of the variation in physical health QoL. Education, health status, participation in elderly club activities, and having been trained in quality of life development were factors which were significantly associated with mental health QoL ($p < 0.05$). Five predictors of mental health QoL were self-esteem, health status, participation, having been trained in quality of life development, and family relations and these could explain 22.5% of the variation in mental health QoL. It is recommended that health personnel should promote the elderly's self-esteem and family relations among the needy elderly. Social support is also needed. Participation in elderly club activities should be encouraged and supported by the local authority, to ensure better quality of life for rural elderly in the future.

**KEY WORDS: QUALITY OF LIFE / RURAL ELDERY / SELF – ESTEEM /
SOCIAL SUPPORT****122 pages**

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ.....	ก
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
สารบัญตาราง.....	ช
สารบัญแผนภาพ.....	ญ
บทที่ 1 บทนำ	
ความสำคัญและความเป็นมาของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	4
สมมติฐานการวิจัย.....	4
นิยามศัพท์ปฏิบัติการ.....	4
บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม	
1. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ.....	7
2. แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต.....	12
3. แนวคิดเกี่ยวกับความรู้สึที่มีคุณค่าในตนเอง.....	20
4. แนวคิดเกี่ยวกับสัมพันธภาพในครอบครัว.....	23
5. แนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม.....	25
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	29
บทที่ 3 ระเบียบวิธีวิจัย	
รูปแบบการวิจัย.....	36
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	36
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	38
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	40
วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	40
การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิจัย.....	42
ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม.....	42

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิจัย	
4.1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง.....	43
4.2 คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ.....	46
4.3 ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สัมพันธภาพในครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคม.....	51
4.4 ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะส่วนบุคคล ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สัมพันธภาพในครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ.....	56
บทที่ 5 อภิปรายผล.....	66
บทที่ 6 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ.....	81
บทสรุปแบบสมบูรณภาษาไทย.....	84
บทสรุปแบบสมบูรณภาษาอังกฤษ.....	92
รายการอ้างอิง.....	102
ภาคผนวก.....	109
ประวัติผู้วิจัย.....	122

สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า
1 จำนวนข้อคำถามในแบบวัดคุณภาพชีวิต SF - 36V2.0.....	39
2 ค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์ จำแนกตามตัวแปร.....	40
3 คะแนนที่เป็นไปได้และการแบ่งกลุ่ม ตามแบบวัดคุณภาพชีวิต SF – 36V 2.0.....	41
4 คะแนนที่เป็นไปได้และการแบ่งกลุ่ม ตามแบบวัดความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สัมพันธภาพในครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคม.....	41
5 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุ 478 คน จำแนกตามลักษณะส่วนบุคคล.....	44
6 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุ 478 คน จำแนกตามระดับคุณภาพชีวิต.....	46
7 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุดและค่าสูงสุดของผู้สูงอายุ 478 คน จำแนกตามระดับคุณภาพชีวิต.....	47
8 ร้อยละของผู้สูงอายุ 478 คน จำแนกตามคุณภาพชีวิตด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย	48
9 ร้อยละของผู้สูงอายุ 478 คน จำแนกตามคุณภาพชีวิตด้านการรับรู้สุขภาพโดยทั่วไป	48
10 ร้อยละของผู้สูงอายุ 478 คน จำแนกตามคุณภาพชีวิตด้านการทำหน้าที่ตามบทบาท ร่างกายและด้านความเจ็บปวดทางร่างกาย.....	49
11 ร้อยละของผู้สูงอายุ 478 คน จำแนกตามคุณภาพชีวิตด้านการทำหน้าที่ทางสังคม ด้านพลกำลัง ด้านภาวะทางอารมณ์ และด้านสุขภาพจิต.....	50
12 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุ 478 คน จำแนกตามระดับความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง	51
13 ร้อยละของผู้สูงอายุ 478 คน จำแนกตามความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองรายข้อ.....	51
14 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุ 478 คน จำแนกตามระดับสัมพันธภาพในครอบครัว	52
15 ร้อยละของผู้สูงอายุ 478 คน จำแนกตามสัมพันธภาพในครอบครัวรายข้อ.....	53
16 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุ 478 คน จำแนกตามระดับการสนับสนุนทางสังคม	54
17 ร้อยละของผู้สูงอายุ 478 คน จำแนกตามการสนับสนุนทางสังคม รายข้อ.....	54
18 ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะส่วนบุคคล กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ 478 คน ด้านร่างกาย.....	58
19 ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะส่วนบุคคลกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ 478 คน ด้านจิตใจ.....	59

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตาราง		หน้า
20	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างอายุ จำนวนครั้งที่ได้รับการอบรม ความรู้สึที่มีคุณค่าในตนเอง สัมพันธภาพในครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ 478 คน ด้านร่างกายและจิตใจ.....	61
21	การวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression) คุณภาพ ชีวิตของผู้สูงอายุ 478 คนด้านร่างกาย.....	62
22	การวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression) คุณภาพ ชีวิตของผู้สูงอายุ 478 คนด้านจิตใจ.....	65

สารบัญแผนภาพ

แผนภาพ

หน้า

1	กรอบแนวคิดในการวิจัยคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชนบท.....	6
---	---	---



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันวิทยาการทางการแพทย์และสาธารณสุขได้พัฒนาก้าวหน้าไปเป็นอันมาก การบำบัดรักษา ป้องกันโรคภัยต่าง ๆ มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ประชากรมีอายุขัยเฉลี่ยเพิ่มมากขึ้น จากจำนวนประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ประชากรโลกกำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ จากการคาดประมาณ ปี พ.ศ.2550 มีจำนวนผู้สูงอายุมากถึง 600 ล้านคนทั่วโลก และจะเพิ่มขึ้นเป็นสองเท่าในปี พ.ศ.2568 หรือในกลุ่มประชากรทุก 7 คน จะพบผู้สูงอายุ 1 คน และจะมีผู้สูงอายุถึง 2,000 ล้านคน ในปี พ.ศ.2593⁽¹⁾ โดยส่วนใหญ่จะอยู่ในประเทศกำลังพัฒนา จากการเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุทั่วโลก เป็นสาเหตุที่นำไปสู่ปัญหาทางสุขภาพ คือ ปัญหาความยากจน และการมีรายได้น้อย ซึ่งส่งผลให้ความพึงพอใจในชีวิตลดลง การได้รับการตอบสนองขั้นพื้นฐาน ได้แก่ อาหาร ที่อยู่อาศัย การเข้าถึงบริการทางการแพทย์ลดลง มีผลต่อภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ส่งผลให้เกิดการสูญเสียค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลจำนวนมากและกระทบกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ รวมทั้งบุคคลในครอบครัว⁽²⁾

ในช่วงที่ผ่านมาแนวโน้มประชากรของประเทศไทยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ส่งผลกระทบให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านเศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อมและโครงสร้างประชากร จากอดีตเคยมีเด็กจำนวนมาก แต่ในปัจจุบันพบว่า จำนวนเด็กลดลง วัยแรงงานเพิ่มขึ้นแต่เพิ่มในอัตราค่อนข้างต่ำ สำหรับแนวโน้มผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มขึ้นในอัตราที่สูงกว่าวัยแรงงาน จากสถานการณ์ข้างต้น ทำให้ประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ด้วยเงื่อนไขมีประชากรผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 10 และประเทศไทยเข้าเงื่อนไขนี้มาตั้งแต่ปี พ.ศ.2548 ด้วยสถิติผู้สูงอายุ ร้อยละ 10.4 ร้อยละ 10.5 ร้อยละ 10.7 ในปี พ.ศ.2548 ถึงปี พ.ศ.2550 ตามลำดับ และในปี พ.ศ.2551 ประเทศไทยมีประชากรทั้งหมด 63,121,000 คน เป็นผู้สูงอายุ 7,042,000 คน คิดเป็นร้อยละ 11.2⁽³⁾ ซึ่งแสดงให้เห็นถึงการเพิ่มขึ้นของจำนวนประชากรผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง จากการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประเทศไทย ส่งผลกระทบต่อสังคม เศรษฐกิจ ตลอดจนการจัดสรรทรัพยากรทางสุขภาพและสังคมของประเทศอย่างต่อเนื่องในระยะยาว

เมื่อบุคคลเข้าสู่วัยสูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงของชีวิตในหลายด้าน เกิดขึ้นพร้อมกัน ได้แก่การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย อวัยวะและระบบต่าง ๆ ของร่างกาย จะมีการเปลี่ยนแปลงไปในสภาพเสื่อมทั้งร่างกาย เป็นผลทำให้เกิดกิจกรรมต่าง ๆ ลดลง ทำให้เกิดปัญหาจากโรคและปัญหาสุขภาพต่าง ๆ โดยเฉพาะปัญหาโรคเรื้อรัง ปรากฏการณ์ทางประชากรสูงอายุดังกล่าวนี้ ความสำคัญของประเด็นผู้สูงอายุไม่ได้ขึ้นกับ สัดส่วนเท่านั้น ยังมีประเด็นด้านการเปลี่ยนแปลงสภาพสังคม สภาพร่างกาย ซึ่งทำให้เกิดผลกระทบต่อชีวิตความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุ สภาพปัญหาและการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทำให้ผู้สูงอายุมีความต้องการพึ่งพามุคคนอื่น เพื่อให้ได้รับการตอบสนองความต้องการด้านต่าง ๆ ซึ่งเป็นความต้องการขั้นพื้นฐาน (Basic needs) ของผู้สูงอายุ ประชากรสูงอายุที่มีเพิ่มมากขึ้นเป็นลำดับ ส่วนใหญ่กว่าร้อยละ 80 อาศัยอยู่ในชนบทและกว่าครึ่งหนึ่งไม่รู้หนังสือ ซึ่งมีแนวโน้มว่าจะถูกทอดทิ้งจากครอบครัวและสังคมเพิ่มขึ้น ทั้งนี้ เนื่องจากความจำเป็นทางเศรษฐกิจที่ทำให้สมาชิกในวัยแรงงานอพยพเข้าไปทำงานในเมือง ผู้สูงอายุจึงไม่ได้รับการดูแล สุขภาพอนามัยและความเป็นอยู่ที่เหมาะสมส่วนผู้สูงอายุในเขตเมืองพบว่าจะไม่ได้รับความอบอุ่นทางจิตใจ เนื่องจากครอบครัวและลูกหลานไม่ให้ความสำคัญและเอาใจใส่อย่างเพียงพอ นอกจากนั้น ผู้สูงอายุยังขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเอง และการอยู่ร่วมกับบุคคลอื่น⁽⁴⁾

ประเทศไทยได้เห็นความสำคัญของประชากรผู้สูงอายุ และผลกระทบจากประชากรสูงอายุที่มีจำนวนเพิ่มขึ้น ตัวอย่างเช่น 1) รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2550 ว่าด้วยผู้สูงอายุมีสิทธิได้รับสวัสดิการ สิ่งอำนวยความสะดวกและความช่วยเหลือที่เหมาะสมจากรัฐรวมทั้งต้องสงเคราะห์และจัดสวัสดิการให้แก่ผู้สูงอายุ มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และพึ่งพาตนเองได้ 2) พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.2546⁽⁶⁾ ว่าด้วยผู้สูงอายุมีสิทธิได้รับการคุ้มครอง การส่งเสริมและการสนับสนุนด้านต่าง ๆ เช่น บริการทางการแพทย์และการสาธารณสุข การศึกษา ส่งเสริมอาชีพและฝึกอาชีพที่เหมาะสม ส่งเสริมการพัฒนาตนเอง สร้างเครือข่าย และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม เป็นต้น 3) แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 10⁽⁷⁾ ได้กำหนดขึ้นบนพื้นฐานการพัฒนาคุณภาพคน เร่งขยายโอกาสการเข้าถึงบริการสังคมสำหรับผู้สูงอายุ โดยสนับสนุนให้สามารถเข้าถึงบริการต่าง ๆ ทั้งการพัฒนาศักยภาพในการประกอบอาชีพ การส่งเสริมสุขภาพ และการเรียนรู้ตลอดชีวิตได้หลากหลายวิธีอย่างเท่าเทียมกัน 4) แผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545 – 2564)⁽⁸⁾ ได้มียุทธศาสตร์เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เพื่อเตรียมความพร้อมของประชากรเพื่อวัยสูงอายุที่มีคุณค่า การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ระบบคุ้มครองทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ การติดตามประเมินผลการดำเนินงานตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ

จำนวนประชากรผู้สูงอายุ 1 ใน 3 ของผู้สูงอายุทั้งประเทศอาศัยอยู่ทางภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี จากร้อยละ 29.9 ในปี พ.ศ.2537 เป็นร้อยละ 33.6 ในปี พ.ศ.2550 จังหวัด

นครราชสีมาเป็นจังหวัดขนาดใหญ่ มีประชากรมากเป็นอันดับ 2 ของประเทศ ตั้งแต่ปี พ.ศ.2548 จังหวัดนครราชสีมา⁽⁹⁾ พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ อยู่ในภาคเกษตรกรรม ไม่ได้รับการศึกษา ขาดการเตรียมตัวเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ ประกอบกับความเสื่อมของร่างกาย จิตใจ ทำให้มีปัญหาด้านสุขภาพ รวมถึงผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจและสังคมที่เปลี่ยนไป มีผู้สูงอายุจำนวนหนึ่งถูกทอดทิ้งหรือมีภาระในการดูแลบุตรหลานที่ผู้ปกครองไปทำงานที่อื่น ผู้สูงอายุเหล่านี้จึงมีปัญหาด้านสุขภาพ ไม่สามารถปรับตัวในการดูแลตนเองได้ จึงกลายเป็นภาระสังคมต่อไปมากขึ้นเรื่อย ๆ⁽¹⁰⁾ มีหน่วยงานของรัฐหลายหน่วยงาน ได้เล็งเห็นความสำคัญของปัญหาดังกล่าว เช่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นต้น ได้เข้ามามีบทบาทในการแก้ไขปัญหาผู้สูงอายุมากขึ้น ด้วยกระแสการตื่นตัวในการดูแลสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุมากขึ้น มีการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อตอบสนองนโยบายและช่วยให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดีทั้งร่างกาย จิตใจ สามารถดูแลช่วยเหลือตนเองได้ มีคุณภาพชีวิตที่ดี จึงได้มีการจัดตั้งศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุขึ้นที่อำเภอวังน้ำเขียว จังหวัดนครราชสีมา เมื่อปี พ.ศ.2548 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตและสร้างเครือข่ายให้กับผู้สูงอายุ แต่กิจกรรมได้ดำเนินการอบรมเพียงเท่านั้น ยังขาดการติดตามและการทำงานเชิงรุกในชุมชนอย่างต่อเนื่อง

อำเภอวังน้ำเขียว จังหวัดนครราชสีมา เป็นอำเภอขนาดเล็ก ประกอบด้วย 5 ตำบล ได้แก่ ตำบลวังน้ำเขียว ตำบลอุดมทรัพย์ ตำบลไทยสามัคคี ตำบลวังหมี และตำบลระเริง มีจำนวนหมู่บ้านทั้งหมด 83 หมู่บ้าน ประชากร ณ วันที่ 1 กรกฎาคม พ.ศ.2551 จำนวน 35,796 คน มีจำนวนผู้สูงอายุ 4,297 คน คิดเป็นร้อยละ 12.0⁽¹¹⁾ ประชาชนส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ทำไร่มันสำปะหลัง และไร่ข้าวโพด เนื่องจากพื้นที่ส่วนใหญ่เป็นภูเขาสลับกับที่ราบสูง ไม่มีระบบชลประทาน จึงไม่เหมาะกับการทำนา ประชากรมาจากหลากหลายพื้นที่ เนื่องจากในอดีตพื้นที่ดังกล่าวไม่มีใครมาอยู่เนื่องจากเป็นป่าเขา ยากแก่การประกอบอาชีพ ต่อมาเมื่อมีพวกที่อพยพมาจากต่างจังหวัดเข้ามาจับจองที่ดินทำกิน จนกลายเป็นชุมชนขึ้นมาจนถึงปัจจุบัน การเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง ในอำเภอวังน้ำเขียว จังหวัดนครราชสีมา ทำให้สังคมต้องรับภาระในการดูแลผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย การเสื่อมสภาพตามวัย เกิดความเจ็บป่วย การแพทย์และสาธารณสุขต้องรับภาระในการดูแลเพิ่มมากขึ้น ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

จากสถานการณ์และสภาพปัญหา ผู้วิจัยจึงทำการวิจัยคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชนบท อำเภอวังน้ำเขียว จังหวัดนครราชสีมา โดยกำหนดกลุ่มประชากรผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60 – 79 ปี ซึ่งมีทั้งหมด 3,926 คน เนื่องจากผู้สูงอายุเหล่านี้มีความสามารถในการรับรู้ สามารถให้ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ได้ เพื่อค้นหาปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต และนำผลการวิจัยไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการดูแล และพัฒนาให้เป็นระบบ เพื่อให้ผู้สูงอายุในชนบทมีคุณภาพชีวิตที่ดี

สามารถดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างเหมาะสม ช่วยเหลือตนเองได้ ไม่เป็นภาระแก่ผู้อื่นและมีความสุขตามอัตภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัยเพื่อ

1. ประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชนบท อำเภอวังน้ำเขียว จังหวัดนครราชสีมา
2. อธิบายลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ ลักษณะของครอบครัว ภาวะสุขภาพ การเข้าร่วมกิจกรรมของชมรม และการได้รับการอบรมพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชนบท อำเภอวังน้ำเขียว จังหวัดนครราชสีมา
3. ประเมินความรู้สึกลึกมีคุณค่าในตนเอง สัมพันธภาพในครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุในชนบท อำเภอวังน้ำเขียว จังหวัดนครราชสีมา
4. หาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะส่วนบุคคล ความรู้สึกลึกมีคุณค่าในตนเอง สัมพันธภาพในครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชนบท อำเภอวังน้ำเขียว จังหวัดนครราชสีมา

สมมติฐานการวิจัย

1. ลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ ลักษณะของครอบครัว ภาวะสุขภาพ การเป็นสมาชิกชมรมและการได้รับการอบรม มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชนบท อำเภอวังน้ำเขียว จังหวัดนครราชสีมา
2. ผู้สูงอายุที่มีความรู้สึกลึกว่าตนเองมีคุณค่าสูงจะมีคุณภาพชีวิตที่ดี
3. ผู้สูงอายุที่สัมพันธภาพในครอบครัวดีจะมีคุณภาพชีวิตที่ดี
4. ผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมดีจะมีคุณภาพชีวิตที่ดี

นิยามศัพท์ปฏิบัติการ

ผู้สูงอายุ หมายถึง ประชากรทั้งชายและหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป มีความเสื่อมถอยทางร่างกาย และมีความเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ โดยผู้วิจัยได้ทำการวิจัยในกลุ่มอายุระหว่าง 60 – 79 ปี ที่พักอาศัยอยู่ในเขตชนบท อำเภอวังน้ำเขียว จังหวัดนครราชสีมา อย่างน้อย 6 เดือน

คุณภาพชีวิต หมายถึง ความพอใจในชีวิตด้านร่างกายและจิตใจ สามารถประกอบกิจกรรมต่าง ๆ ตามบทบาทหน้าที่ของร่างกาย มีภาวะทางอารมณ์และสุขภาพจิต สามารถปรับตัวและดำรงชีวิตอยู่ในสังคมอย่างเหมาะสม โดยใช้แบบวัดคุณภาพชีวิต SF-36 V2.0

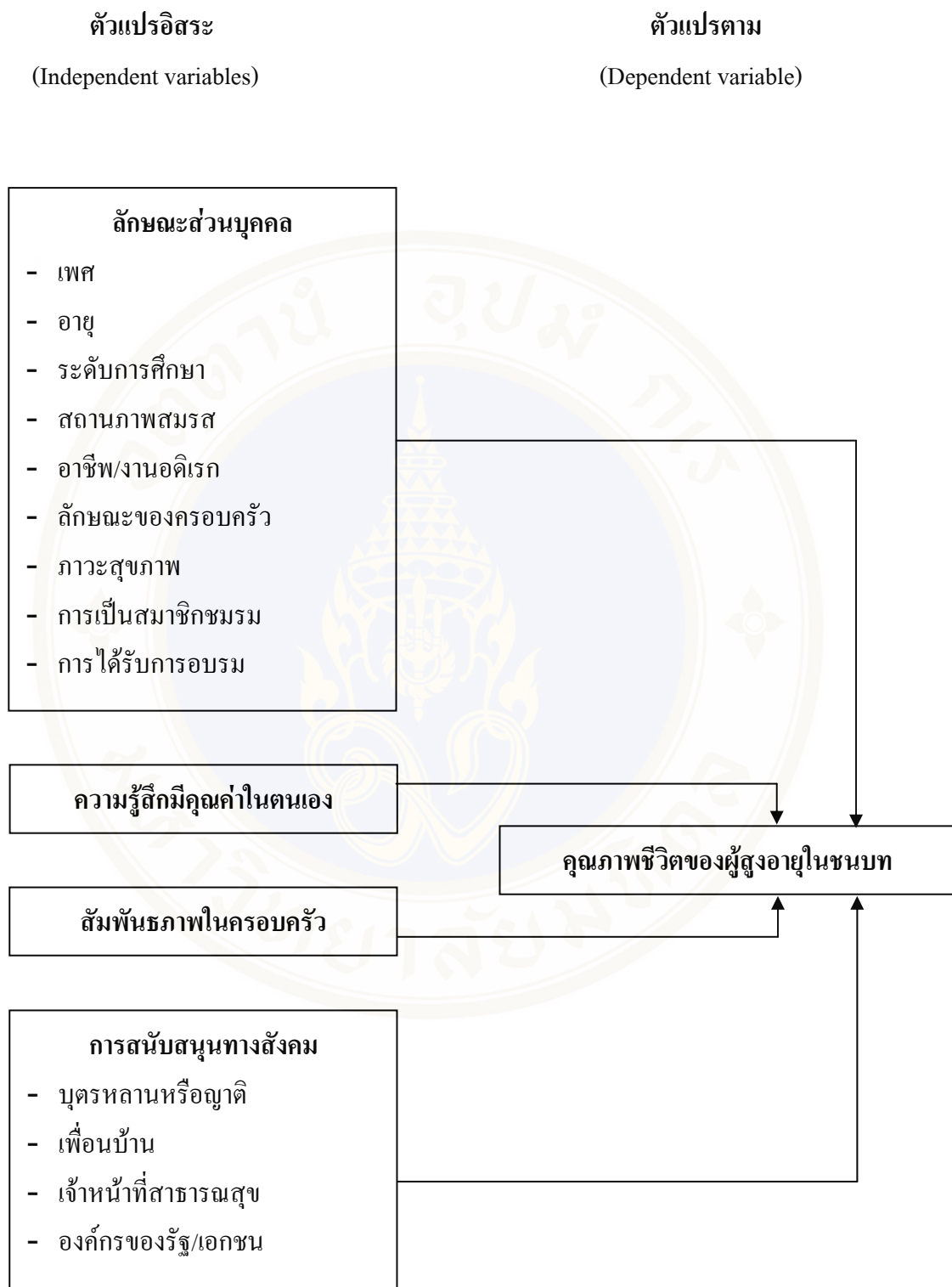
ลักษณะของครอบครัว หมายถึง จำนวนบุคคลที่อยู่รวมกันเป็นประจำในครอบครัว แบ่งเป็นครอบครัวเดี่ยว ซึ่งมีบิดา มารดา บุตร อาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกัน และครอบครัวขยาย ซึ่งมีบิดา มารดา บุตร และมีปู่ ย่า ตา ยาย หลานหรือญาติ มาอาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกัน

ภาวะสุขภาพ หมายถึง การรับรู้หรือความรู้สึกของผู้สูงอายุต่อการมีร่างกายที่สมบูรณ์ ไม่บกพร่อง มีความแข็งแรงไม่มีอาการของโรค

ความรู้สึกรับคุณค่าในตนเอง หมายถึง ความรู้สึกที่ผู้สูงอายุมีต่อตนเองและคิดว่าตนเองมีคุณค่า ซึ่งมาจากความสามารถ ความสำเร็จ ทำให้เกิดความเชื่อมั่นและภาคภูมิใจในตนเอง ว่าตนเองมีความสำคัญ ทดเทียมผู้อื่นและเป็นที่ยอมรับของครอบครัวและสังคม

สัมพันธภาพในครอบครัว หมายถึง การรับรู้ของผู้สูงอายุต่อการแสดงออกของบุคคลในครอบครัวที่แสดงต่อผู้สูงอายุ ในด้านการแสดงความเคารพยกย่องและให้ความสำคัญต่อกัน การแสดงความรักความห่วงใย การดูแลเอาใจใส่ ความผูกพันใกล้ชิด รวมถึงการทำกิจกรรมร่วมกันของสมาชิกในครอบครัว

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การรับรู้ของผู้สูงอายุ ต่อการได้รับการตอบสนองความต้องการจากบุคคลซึ่งมีความผูกพันซึ่งกันและกันในสังคม ได้แก่ บุตรหลานหรือญาติ เพื่อนบ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และองค์กรของรัฐ/เอกชน ในด้านแรงงาน สิ่งของเงินทองและบริการด้านอารมณ์ ด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า ด้านการมีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และด้านข้อมูลข่าวสาร



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัยคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชน

บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรม

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชนบท อำเภอวังน้ำเขียว จังหวัดนครราชสีมา ผู้วิจัยได้รวบรวมแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ
2. แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต
3. แนวคิดเกี่ยวกับความรู้สึกรักคุณค่าในตนเอง
4. แนวคิดเกี่ยวกับสัมพันธภาพในครอบครัว
5. แนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุเป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงของชีวิตที่มีพัฒนาการและความเสื่อมตามสภาพร่างกาย จิตใจ และสังคม อย่างค่อยเป็นค่อยไปตามวัยอย่างต่อเนื่อง โดยเริ่มตั้งแต่เกิดและดำเนินไปตลอดชีวิต สำหรับการศึกษาเกี่ยวกับผู้สูงอายุจำเป็นต้องเข้าใจความหมายของผู้สูงอายุ และทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ในการวิจัยครั้งนี้ ได้ศึกษาแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ดังต่อไปนี้

1.1 ความหมายของผู้สูงอายุ

คำว่าผู้สูงอายุ (Elderly) ถูกบัญญัติขึ้นครั้งแรกในประเทศไทยโดย อรรถสิทธิ์ สุทธิสุนทร⁽¹²⁾ ในการประชุมระหว่างแพทย์อาวุโสและผู้สูงอายุจากวงการต่าง ๆ เมื่อวันที่ 1 ธันวาคม พ.ศ.2505 จนเป็นที่เข้าใจและใช้กันอย่างแพร่หลายในปัจจุบัน สำหรับความหมายของคำว่าผู้สูงอายุ มีผู้ให้นิยามไว้ต่างกัันดังต่อไปนี้

องค์การอนามัยโลก⁽¹³⁾ ให้ความหมายของผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปี หรือมากกว่าเมื่อนับตามวัย หรือหมายถึงผู้เกษียณอายุจากการทำงานเมื่อนับตามสภาพเศรษฐกิจ หรือหมายถึงผู้ที่สังคมยอมรับเป็นผู้สูงอายุ

กรมอนามัย⁽¹⁴⁾ ให้ความหมายว่า ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จะมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ และคนที่เคยแข็งแรงสมบูรณ์ จะกลับเสื่อมลงตามอายุขัย เช่น ข้อเสื่อม หูตึง ตามัว ต้อกระจก เป็นต้น

ศรีเรือน แก้วกังวาน⁽¹⁵⁾ ให้ความหมายว่า ช่วงเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ เป็นผู้ที่มียุอายุประมาณ 60 – 65 ปี โดยเอาปีปฏิทินเป็นเกณฑ์

บรรลุ ศิริพานิช⁽¹⁶⁾ ให้ความหมายผู้สูงอายุว่า เป็นผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป โดยนับอายุในปีปฏิทิน และได้แบ่งผู้สูงอายุออกเป็น 3 กลุ่มตามอายุและภาวะสุขภาพทั่ว ๆ ไป คือ

1. ผู้สูงอายุระดับต้น มีอายุระหว่าง 60 – 69 ปี ระดับนี้สภาวะทางกายภาพและสรีรวิทยายังไม่เปลี่ยนแปลงไปมาก ยังสามารถช่วยเหลือตนเองได้เป็นส่วนใหญ่
2. ผู้สูงอายุระดับกลาง มีอายุระหว่าง 70 – 79 ปี ระดับนี้สภาวะทางกายภาพและสรีรวิทยาส่วนใหญ่ เริ่มเปลี่ยนแปลง ทำให้การช่วยเหลือตนเองบกพร่อง เริ่มต้องการความช่วยเหลือในบางอย่าง
3. ผู้สูงอายุระดับปลาย มีอายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป ระดับนี้สภาวะทางกายภาพและสรีรวิทยาเปลี่ยนแปลงไปอย่างชัดเจน บางคนมีความพิการ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ต้องได้รับความช่วยเหลือ

สรุปความหมายของผู้สูงอายุที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุ หมายถึง ประชากรทั้งชายและหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป มีความเสื่อมถอยทางร่างกาย และมีความเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ โดยผู้วิจัยได้ทำการวิจัยในกลุ่มอายุระหว่าง 60 – 79 ปี ที่พักอาศัยอยู่ในเขตชนบท อำเภอน้ำเขียว จังหวัดนครราชสีมา อย่างน้อย 6 เดือน

1.2 ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

มีการศึกษาเกี่ยวกับผู้สูงอายุอย่างกว้างขวางจึงมีทฤษฎีที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุเกิดขึ้นเพื่อที่จะอธิบายถึงสาเหตุการเปลี่ยนแปลงของร่างกายเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ สรุปได้ 3 กลุ่ม ดังนี้

1.2.1 ทฤษฎีทางชีววิทยา (Biological Theory of Aging)^(17 - 19)

กระบวนการทางสรีรวิทยา และการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้าง ของอวัยวะต่าง ๆ ตั้งแต่เกิดจนถึงเสียชีวิต ว่ามนุษย์ ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบใหญ่ ๆ คือ เซลล์ที่สามารถเพิ่มตัวเองตลอดชีวิต เซลล์ที่ไม่สามารถแบ่งตัวเองได้และองค์ประกอบอื่น ๆ ที่ไม่ใช่เซลล์ และการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นภายในร่างกาย ได้แก่ การเสื่อมของอวัยวะและระบบภายในร่างกาย เช่น หัวใจ ระบบประสาทและระบบย่อยอาหาร และจากการสูญเสียความสามารถในการต้านทาน

โรค จะเห็นได้ว่า การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายในวัยสูงอายุเป็นการเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อม ซึ่งกายและจิตจะสัมพันธ์กัน เมื่อร่างกายไม่แข็งแรงย่อมส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตลดลงตามไปด้วย

1.2.2 ทฤษฎีทางจิตวิทยา (Psychological Theory of Aging)^(17 - 19)

การเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพและพฤติกรรมของผู้สูงอายุนั้น เป็นการพัฒนา และปรับตัวของสติปัญญา ความจำ ความรู้สึกลึกซึ้ง ความรู้ ความเข้าใจ แรงจูงใจ การเปลี่ยนแปลง ไปของอวัยวะรับสัมผัส ตลอดจนสภาพสังคมที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ได้ดี จะเป็นผู้ที่มีสภาพการดำเนิน ชีวิตที่มีคุณภาพ เป็นทฤษฎีที่อธิบายสาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุมีบุคลิกภาพเปลี่ยนแปลง

1.2.3 ทฤษฎีทางสังคมวิทยา (Social Theory)^(17 - 19)

ถ้าสังคมเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ก็จะทำให้สภาพภาพของผู้สูงอายุ เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วตามไปด้วย เป็นทฤษฎีที่วิเคราะห์สาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุต้องมีสถานะทาง สังคมเปลี่ยนไป ทั้งพยายามที่จะช่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ทฤษฎีทางสังคม ได้แก่

1) ทฤษฎีบทบาท (Role Theory) เชื่อว่าบุคคลที่มีคุณภาพ ชีวิตที่ดีในสังคมเพียงใด ขึ้นอยู่กับการปฏิบัติตนต่อบทบาทที่กำลังเป็นอยู่ได้อย่างเหมาะสมเพียงใด ซึ่งเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุการต้องลดบทบาท ทำให้คนสูญเสียความมั่นคงของชีวิตด้านต่าง ๆ ดังนั้น บุคคลจะปรับตัวต่อความเป็นผู้สูงอายุได้ดีเพียงใด จึงน่าจะขึ้นอยู่กับการยอมรับบทบาทในแต่ละ ช่วงชีวิตที่ผ่านมาได้

2) ทฤษฎีกิจกรรม (Activity Theory) กล่าวว่า เมื่อบุคคลมี อายุมากขึ้นสภาพทางสังคมจะลดลง แต่ผู้สูงอายุยังคงมีความต้องการทางสังคมเหมือนบุคคลใน วัยกลางคน ดังนั้น ผู้สูงอายุจึงควรมีกิจกรรมที่ต่อเนื่องจากวัยที่ผ่านมา ควรมีความสนใจและร่วม เป็นสมาชิกในกิจกรรมต่าง ๆ จะเห็นได้ว่า ทฤษฎีนี้เชื่อว่า ผู้สูงอายุจะมีสุขภาพกระฉับกระเฉง ปรับตัวได้ดี

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุทางด้าน จีวิทยา ทางด้านจิตวิทยาและทางด้านสังคมวิทยา มาใช้เพื่ออธิบายกรอบแนวคิดในลักษณะส่วน บุคคล ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สัมพันธภาพในครอบครัวและการสนับสนุนทางสังคม เพราะ หากผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกที่ดี และเข้าใจในการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคม ก็ จะทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี

1.3 การเปลี่ยนแปลงและผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงในวัยผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เสื่อมทั้งร่างกายและจิตใจ อย่างค่อย เป็นค่อยไป ตามเวลาที่ผ่านมา ทำให้เกิดการทรุดโทรมของอวัยวะต่าง ๆ การเปลี่ยนแปลงดังกล่าว

จะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล การเปลี่ยนแปลงตามปกติของผู้สูงอายุ โดยทั่วไปแบ่งออกเป็น 3 ด้าน ดังนี้

1.3.1 การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย (Physical change)^(20 – 23)

อวัยวะและระบบการทำงานต่าง ๆ ของร่างกายจะเปลี่ยนแปลงไปทางเสื่อมสภาพจะมากขึ้นโดยลำดับตามอายุที่มากขึ้น และเป็นไปในทุกระบบของร่างกาย เช่น ระบบกล้ามเนื้อ ระบบประสาท ระบบหลอดเลือดหัวใจ เป็นต้น จากการเปลี่ยนแปลงระบบต่าง ๆ ของร่างกาย ทำให้ประสิทธิภาพการทำงานของร่างกายลดลง นับว่า มีผลกระทบต่อผู้สูงอายุในทางจิตใจ อารมณ์ และสังคม

1.3.2 การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ (Psychological change)^(24, 25)

การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ เป็นการเปลี่ยนแปลงที่มีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและสังคมโดยตรง ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าเป็นผู้ที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น เป็นบุคคลที่ไร้ค่า ประกอบกับการสูญเสียบทบาทหน้าที่การงานทางสังคม ทำให้ผู้สูงอายุมีความกังวลและกระทบกระเทือนใจได้ง่าย นอกจากนี้ ผู้สูงอายุจะพบกับการพลัดพรากจากบุคคลอันเป็นที่รักได้แก่ คู่สมรส ญาติสนิท เพื่อนหรือการย้ายที่อยู่ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความซึมเศร้าได้ง่าย รู้สึกด้อยคุณค่าในตนเอง หมดหวังท้อแท้ ส่งผลทำให้คุณภาพชีวิตลดลงได้

1.3.3 การเปลี่ยนแปลงทางสังคมและวัฒนธรรม (Social and cultural change)^(24, 25)

การเปลี่ยนแปลงทางสังคมและวัฒนธรรม มีส่วนเกี่ยวข้องกับปัญหาทางกายและทางจิตใจของผู้สูงอายุ รวมถึงสภาพสังคมเศรษฐกิจจากระบวนการเกษตรกรรม เป็นอุตสาหกรรมทำให้เกิดการขยายตัวหรือเติบโตของชุมชนเมือง (Urbanization) ทำให้วิถีการดำเนินชีวิตเปลี่ยนไป คนวัยหนุ่มสาวมีการย้ายถิ่นเพื่อประกอบอาชีพในเมือง ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระบบครอบครัวและเครือญาติ ครอบครัวมีขนาดเล็กลง บทบาทใหม่สำหรับผู้สูงอายุได้รับ คือ คนเลี้ยงเด็ก ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกว่าตนเองหมดความสำคัญ ถูกทอดทิ้ง รู้สึกว่าตนอยู่ในภาวะพึ่งพิงของครอบครัวและเป็นภาระสังคม

จะเห็นได้ว่า ความเสื่อมถอยของร่างกายมนุษย์ เป็นการเปลี่ยนแปลงที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ โดยเฉพาะเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ เป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เสื่อมถอยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมวัฒนธรรม การเปลี่ยนแปลงนี้ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตลดลง

1.4 ความต้องการของผู้สูงอายุ (Need of the Elderly)

มาสโลว์ (Maslow)⁽²⁶⁾ เชื่อว่า คนทั่ว ๆ ไป จะมีความต้องการขั้นต่อ ๆ ไป เมื่อบรรลุความต้องการขั้นต้น ๆ ลำดับขั้นความต้องการนี้ คือ “Maslow’s Hierachy of Needs” เป็นลำดับขั้นจากต่ำไปสูง

ความต้องการของมนุษย์จะมีลำดับขั้น 5 ประการ ได้แก่

1. ความต้องการทางด้านร่างกาย (Physiological needs) เป็นความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ซึ่งชาวพุทธ เรียกว่าปัจจัย 4 เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับที่จะทำให้ชีวิตรอดอยู่ เช่น อาหาร เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัย และยารักษาโรค เป็นต้น
2. ความต้องการทางด้านความปลอดภัย หรือความมั่นคง (Security or safety Needs) หมายถึง ความต้องการด้านความปลอดภัยทั้งทางกายและความปลอดภัยทางใจ มนุษย์จะเริ่มคิดถึงความปลอดภัยและความมั่นคง หลังจากที่ร่างกายได้รับการตอบสนอง
3. ความต้องการทางด้านสังคม (Social or belongingness needs) หมายถึง ความต้องการที่จะเข้าร่วมเป็นสมาชิกกลุ่มต่าง ๆ หรือต้องการความรัก จะเป็นไปในรูปที่จะก่อให้เกิดความรู้สึกแก่ตนเองว่าเป็นผู้มีความสำคัญต่อกลุ่มสังคมและบุคคลอื่นยอมรับ
4. ความต้องการมีคุณค่า (Esteem or status needs) หมายถึง ความต้องการความเคารพนับถือจากผู้อื่น บางทีเรียกว่า Self – esteem คือ ความมั่นใจในตนเองในเรื่องของความรู้ความสามารถ และความสำคัญในตัวของตนเองเป็นที่ยอมรับของบุคคลอื่น เป็นต้น
5. ความต้องการความสำเร็จในตน (The need of self – actualization or self – realization) หมายถึง ความต้องการสัมฤทธิ์ผลในสิ่งที่ตนปรารถนา ซึ่งใช้คำว่า self – fulfillment หรือ self – achievement ซึ่งเป็นลำดับขั้นความต้องการที่สูงสุดของมนุษย์

ศรีทัฬหิม พานิชพันธ์⁽²⁷⁾ แบ่งความต้องการของผู้สูงอายุออกเป็นด้านต่าง ๆ ดังนี้

1. ความต้องการสนับสนุนจากครอบครัว ผู้สูงอายุเมื่อถูกทอดทิ้งหรือแยกตัวอยู่คนเดียว ทำให้ขาดความมั่นคงทางด้านจิตใจ รวมทั้งทางเศรษฐกิจ ดังนั้น ผู้สูงอายุจึงมีความต้องการการสนับสนุนจากครอบครัวของตน ควบคู่ไปกับการช่วยเหลือจากภายนอกครอบครัว
2. ความต้องการด้านการประกันรายได้ เมื่อเข้าสู่วัยชราภาพและเลิกประกอบอาชีพแล้วจะได้รับบำนาญชราภาพ เพื่อช่วยให้สามารถดำรงชีวิตอย่างมีความสุขและมั่นคงปลอดภัย ตามควรแก่อัตราภาพในบั้นปลายของชีวิต ไม่เป็นภาระของบุตรหลานและสังคม
3. ความต้องการมีชีวิตร่วมในชุมชน โดยเฉพาะการมีส่วนร่วมในกิจกรรมบางประเภทในสังคม ดังนั้น สมควรจึงควรให้โอกาสแก่ผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมและปรับตัว

ให้ทันกับการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ เพื่อในการรักษาสุขภาพทั้งกายและจิตใจให้แข็งแรงอยู่เสมอ

4. ความต้องการที่จะลดความพึ่งพาคนอื่นให้น้อยลง ถ้าหากครอบครัวและสังคมได้ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้มีโอกาสร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ในครอบครัวและสังคมแล้ว จะเป็นการช่วยให้ผู้สูงอายุได้รู้จักพึ่งตนเอง ไม่เป็นภาระแก่สังคมในบั้นปลายของชีวิต

5. ความต้องการทางสังคมของผู้สูงอายุ

ก. ความต้องการเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว กลุ่ม และสังคม

ข. ความต้องการการยอมรับและความเคารพยกย่องนับถือจากบุคคลในครอบครัวและสังคม

ค. ความต้องการเป็นบุคคลที่มีความสำคัญในสายตาของสมาชิกในครอบครัวของกลุ่ม ของชุมชนและของสังคม

ง. ความต้องการมีความสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคลในครอบครัว ชุมชนและสังคม และปรับตัวให้เข้ากับบุคคลในครอบครัวและสังคม

จ. ความต้องการมีโอกาสทำสิ่งที่ตนปรารถนา

6. ความต้องการทางด้านร่างกายและจิตใจ เป็นความต้องการด้านพื้นฐาน ความต้องการด้านร่างกาย เช่น ความต้องการปัจจัย 4 ได้แก่ อาหาร เสื้อผ้า ที่อยู่อาศัย และการรักษาพยาบาล ความต้องการด้านจิตใจ เช่น ความต้องการด้านความมั่นคงและปลอดภัย ความต้องการได้รับการยอมรับนับถือ ความต้องการมีโอกาสก้าวหน้า

7. ความต้องการทางเศรษฐกิจ ผู้สูงอายุต้องการได้รับการช่วยเหลือทางการเงินจากบุตรหลานของตน เพื่อสะสมไว้ใช้จ่ายในสภาวะที่ตนเองเจ็บป่วย ผู้สูงอายุต้องการให้รัฐช่วยในการจัดหาอาชีพให้เพื่อเป็นการเพิ่มพูนรายได้ เพื่อให้พ้นจากสภาวะความบิบบิ้นทางเศรษฐกิจในสถานการณ์ปัจจุบัน

2. แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต

2.1 ความหมายของคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิตมักตั้งอยู่บนรากฐานของความเชื่อ หรือแนวคิดเกี่ยวกับชีวิตของคนซึ่งจะต้องประกอบด้วย กาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม โดยทั่วไปมนุษย์ทุกคนย่อมต้องการ การมีชีวิตที่ดีพร้อมในทุก ๆ ด้าน ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตในสังคม เช่น มีสุขภาพดี มีอิสระเสรีในด้านความคิด การกระทำ มีเป้าหมายของชีวิต คุณภาพชีวิตเป็นแนวคิดที่กำลังได้รับความสนใจอย่าง

กว้างขวาง เพราะเป็นเป้าหมายหลักของการพัฒนาประเทศ เนื่องจากคุณภาพชีวิตที่ดีของประชากรจะทำให้การพัฒนาในด้านต่าง ๆ สามารถกระทำได้ดีหรือประสบผลสำเร็จอย่างรวดเร็ว จึงมีผู้ให้ความหมายคุณภาพชีวิตที่คล้ายคลึงกันและแตกต่างกัน เป็นการยากที่จะให้ความหมายคุณภาพชีวิตเหมือนกัน ได้ดังเช่นความหมายที่ยอมรับว่าคุณภาพชีวิตหมายถึงความสุข ความผาสุก และความพึงพอใจ

แคมป์เบล (Campbell)⁽²⁸⁾ กล่าวว่าคุณภาพชีวิตคือความสุข ความพึงพอใจ และความหวังของแต่ละบุคคลที่มีต่อสถานการณ์ที่เป็นอยู่ในขณะนั้น

ดาลคี และ รัวส์เก้ (Dalkey and Rourke)⁽²⁹⁾ ให้ความหมายคุณภาพชีวิตไว้ว่า เป็นความรู้สึกรู้สึกของบุคคลที่มีต่อความเป็นอยู่ที่ดีหรือความผาสุก ความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจทั้งในเรื่องสุขภาพ กิจกรรมในชีวิต ความเครียด เป้าหมายของชีวิต คุณค่าในตัวเอง ความซึมเศร้า ตลอดจนสังคมและครอบครัว ส่วนในอีกความหมายหนึ่ง คุณภาพชีวิตจะหมายถึงการรับรู้ประสิทธิภาพหรือศักยภาพในตนเอง ในการทำหน้าที่สำหรับการดำรงชีวิต หรือความสามารถในการควบคุมตนเองต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้น รวมทั้งความเจ็บป่วยต่าง ๆ

โอเร็ม (Orem)⁽³⁰⁾ ได้ให้ความหมายคุณภาพชีวิตไว้ว่า เป็นการรับรู้ของบุคคลโดยเชื่อว่าบุคคลสามารถรับรู้คุณภาพชีวิตได้ แม้จะมีความเจ็บป่วย ซึ่งเป็นศักยภาพในการดูแลตนเองของบุคคล

แรกส์เดล และมาร์โรว์ (Ragsdale and Morrow)⁽³¹⁾ ได้ให้ความหมายว่าคุณภาพชีวิตหมายถึงการรับรู้การมีประสิทธิภาพ หรือความสามารถในการกระทำอย่างมีความหมายเพื่อควบคุมหรือจัดการกับสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยของตน ทั้งด้านจิตอารมณ์ ความคิดและการดูแลรักษา

ซาน (Zhan)⁽³²⁾ ได้ให้ความหมายคุณภาพชีวิตไว้ว่า เป็นการรับรู้ถึงการได้รับการตอบสนองในด้านต่าง ๆ ของบุคคลเพื่อช่วยให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดี

พาดิลา และ แกรนท์ (Padilla and Grant)⁽³³⁾ ได้ให้ความหมายคุณภาพชีวิตไว้ว่า เป็นการรับรู้ถึงความพึงพอใจที่เปลี่ยนแปลงไปตามภาวะสุขภาพ

คณะทำงานด้านคุณภาพชีวิตองค์การอนามัยโลก (The WHOQOL Group)⁽³⁴⁾ ได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตไว้ว่า คุณภาพชีวิตเป็นความพึงพอใจและการรับรู้สถานะของบุคคลในการดำรงชีวิต ในสังคมโดยจะสัมพันธ์กับเป้าหมาย และความคาดหวังของตนเอง ภายใต้บริบทของวัฒนธรรม ค่านิยม มาตรฐานของสังคมและสิ่งอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องเช่นระบบบริการ สวัสดิการต่าง ๆ ตลอดจนการเมืองและการปกครองของสังคมที่บุคคลอาศัยอยู่

ฮักส์ (Hughes)⁽³⁵⁾ ได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตไว้ว่า เป็นความสุขพึงพอใจในชีวิตตนเองของบุคคล ตลอดจนการตัดสินใจคุณภาพชีวิตด้วยตนเอง

สรุปได้ว่าคุณภาพชีวิต หมายถึง ความพอใจในชีวิตด้านร่างกายและจิตใจ สามารถประกอบกิจกรรมต่าง ๆ ตามบทบาทหน้าที่ของร่างกาย มีภาวะทางอารมณ์และสุขภาพจิต สามารถปรับตัวและดำรงชีวิตอยู่ในสังคมอย่างเหมาะสม

2.2 องค์ประกอบคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิตเป็นแนวคิดที่ประกอบไปด้วยหลายมิติ มีผู้กล่าวถึงองค์ประกอบคุณภาพชีวิต ไว้หลากหลายด้วยกัน

แฟลนาแกน (Flanagan)⁽³⁶⁾ กล่าวถึงองค์ประกอบคุณภาพชีวิตไว้ว่าเป็นองค์ประกอบในการดำรงชีวิตขั้นพื้นฐาน ได้แก่ ร่างกาย อารมณ์ สังคม ความคิด และจิตใจ

เดนแฮม (Denhem)⁽³⁷⁾ ที่เสนอว่าองค์ประกอบคุณภาพชีวิตประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ สิ่งแวดล้อม ความสัมพันธ์ทางสังคม สุขภาพกาย สุขภาพจิต รวมถึงบุคลิกภาพและประวัติในอดีต

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization)⁽³⁸⁾ ได้เริ่มพัฒนาเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตเป็นระยะเวลา 4 ปี (พ.ศ.2535 – พ.ศ.2538) ด้วยความร่วมมือจากนักวิชาการที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรม ทั้งในประเทศที่พัฒนาแล้ว และประเทศที่กำลังพัฒนา โดยได้ดำเนินการพัฒนาเครื่องมือ หรือเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิต ให้ได้ความหมายถึงความพึงพอใจชีวิต และการรับรู้สถานะตนเองคนต่าง ๆ ในการดำเนินชีวิตของบุคคล โดยครั้งแรกจะมีข้อคำถาม 277 ข้อ และถูกนำไปศึกษานำร่องในศูนย์ภาคสนามในประเทศต่าง ๆ หลายครั้ง และนำผลที่ได้มาปรับปรุงให้เครื่องมือมีประสิทธิภาพมากขึ้นแล้วนำไปทดลองเปรียบเทียบกับแบบวัดอื่น ๆ แล้วจึงสรุปผลเพื่อที่จะปรับปรุงเครื่องมือ ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามเพียง 100 ข้อ และเรียกแบบวัดนี้ว่าเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก “WHOQOL – 100” (World Health Organization Quality of life - 100) โดยโครงสร้างแบบวัดคุณภาพชีวิตนี้จะสะท้อนให้เห็นประเด็นสำคัญ ๆ ต่อวัดคุณภาพชีวิต แบ่งเป็นคำถาม 6 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย จิตใจ ระดับความเป็นอิสระ ไม่ต้องพึ่งพา ความสัมพันธ์ทางสังคม สภาพแวดล้อม และความเชื่อส่วนบุคคล ต่อมาในปี พ.ศ.2538 ทีมพัฒนาคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization Quality of Life Group)⁽³⁴⁾ ได้จัดองค์ประกอบใหม่โดยรวบรวมองค์ประกอบบางด้านเข้าด้วยกันจึงเหลือเพียง 4 ด้าน คือด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม และสภาพแวดล้อม ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้ข้อคำถามประกอบคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (WHOQOL) เป็นเครื่องมือในการวัดคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาคใต้ตอนบน ซึ่งสามารถวัดได้ครอบคลุมองค์ประกอบในการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุทั้ง 4 ด้าน ดังต่อไปนี้

1. ด้านร่างกาย (physical domain) คือ การรับรู้สภาพด้านร่างกาย ของบุคคลที่มีผลต่อชีวิตประจำวัน เป็นองค์ประกอบที่สำคัญของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ การมีสุขภาพด้านร่างกายที่ดี ทำให้บุคคลรับรู้ว่าคุณภาพชีวิตที่ดี การมีสุขภาพดีย่อมเป็นที่ปรารถนาของทุกคน ผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่เกิดโรคได้ง่ายกว่าบุคคลอื่น ๆ เนื่องจากสมรรถภาพในการทำหน้าที่ของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายเสื่อมถอยลงตามอายุที่เพิ่มมากขึ้น ถ้าผู้สูงอายุมีความรู้สึกว่าคุณภาพชีวิตดี หรือยอมรับในการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ยอมรับความสามารถที่มีข้อจำกัดของร่างกาย และปรับตัวให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพ และการให้ผู้สูงอายุประเมินภาวะสุขภาพตนเอง จะเป็นสิ่งบ่งบอกถึงความพึงพอใจของชีวิตผู้สูงอายุได้ดีที่สุด

2. ด้านจิตใจ (psychological domain) คือ การรับรู้สภาพจิตใจของตนเอง เช่นการรับรู้ทางบวก และทางลบที่บุคคลมีต่อตนเอง เป็นองค์ประกอบสำคัญในการประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเพราะจิตใจจะเกี่ยวข้องกับผูกพันกับร่างกายอย่างใกล้ชิด ในผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางด้านร่างกาย เมื่อร่างกายเปลี่ยนแปลงไปตามวัยที่เพิ่มขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกถึงการสูญเสียการทำงานของระบบต่าง ๆ ในร่างกายจะมีวิตกกังวล สิ่งเหล่านี้จะรบกวนจิตใจและอารมณ์ ทำให้เกิดความตึงเครียดและขาดความสุข เมื่อมีอายุมากขึ้นจะส่งผลกระทบต่อเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจมากยิ่งขึ้นชีวิตก็ยิ่งขาดความสุข นอกจากนี้ การเปลี่ยนแปลงจากการสูญเสียในลักษณะต่าง ๆ เช่น การสูญเสียบทบาทหน้าที่การทำงาน การสูญเสียภาพลักษณ์ ความภาคภูมิใจในตนเอง การสูญเสียบทบาททางสังคมซึ่งทำให้ผู้สูงอายุมีการเข้าร่วมกิจกรรมน้อยลง ขาดการติดต่อสมาคมกับเพื่อนฝูง และการสูญเสียรายได้ประจำก็ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง

3. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (social relationship domain) คือ การรับรู้ด้านความสัมพันธ์ของตนเองกับบุคคลอื่นในสังคม เป็นองค์ประกอบสำคัญของคุณภาพชีวิตเช่นกันเพราะมนุษย์ทุกคนไม่สามารถมีชีวิตอยู่คนเดียวในโลกได้ จะต้องมีการอยู่ร่วมกันเป็นสังคม เช่น ครอบครัว ชุมชน และมีความสัมพันธ์กับคนในสังคม จะทำให้ชีวิตมีความหมายมากยิ่งขึ้น ผู้สูงอายุที่มีความสัมพันธ์กับบุคคลกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง จะเป็นผู้สูงอายุที่มีความสุขและความพอใจในชีวิตมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น

4. ด้านสภาพแวดล้อม (environmental domain) คือ การรับรู้เกี่ยวกับสภาพแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เป็นการรับรู้เกี่ยวกับการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างตนเอง กับสภาพแวดล้อม ได้แก่ สภาพแวดล้อมทางกายภาพ เช่น ลักษณะบ้านเรือนที่อยู่อาศัย มลพิษต่าง ๆ สาธารณูปโภค และอื่น ๆ สภาพแวดล้อมทางจิตสังคม ได้แก่ ระบบการปกครอง การคมนาคม สวัสดิการ และบริการทางสังคม ตลอดจนความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ๆ ในสังคม ตั้งแต่เกิดจนตายมนุษย์จะต้องมีความสัมพันธ์กับบุคคลต่าง ๆ ทางตรงก็ทางอ้อมทั้งในครอบครัวและใน

สังคม ความสัมพันธ์ทางสังคมจึงเป็นสิ่งที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ ที่จะได้รับการสนองตอบความต้องการทางสังคม เนื่องจากสังคมก็เป็นสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม ถ้าผู้สูงอายุมีสภาพแวดล้อมที่ดี ย่อมจะส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

แบบวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ Short – Form 36 (SF – 36) สร้างขึ้นและพัฒนาโดย The Medical Outcome Trust ของประเทศสหรัฐอเมริกา⁽³⁹⁾ ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับสุขภาพโดยแบ่งเป็น 8 มิติ ได้แก่

1. ด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย (physical functioning) หมายถึง สุขภาพร่างกายที่เป็นข้อจำกัดต่อการทำกิจกรรม เช่น การยกของหนัก ๆ การวิ่ง หรือ การเล่นกีฬาที่ต้องใช้แรงมาก กิจกรรมที่ต้องใช้แรงปานกลาง เกี่ยวกับการย้ายโต๊ะ หิ้วตะกร้ากลับจากตลาด เดินขึ้นเนินหรือย่ำตัว เดินไกลประมาณ 1 ช่วงเสาไฟ การแต่งตัว อาบน้ำหรือการใช้ห้องน้ำ การกินอาหารได้ด้วยตนเอง
2. ด้านการทำหน้าที่ตามบทบาท (role functioning) หมายถึง บทบาททั่วไป เนื่องจาก ปัญหาสุขภาพทางกายที่ทำให้เป็นอุปสรรคต่อการประกอบอาชีพ หรือการทำงานบ้าน
3. ด้านความเจ็บปวดทางร่างกาย (body pain) หมายถึง อาการเจ็บป่วยทางกายเนื่องจาก สภาวะทางสุขภาพ ได้แก่ ปวดศีรษะ ปวดตามตัว ปวดข้อ และอาการปวดทางร่างกาย รบกวนการทำงานตามปกติ
4. ด้านการทำหน้าที่ทางสังคม (social functioning) หมายถึง สุขภาพหรือสภาวะทาง อารมณ์ทำให้เป็นข้อจำกัดในการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม เช่น ไปเยี่ยมเพื่อน ญาติ หรือการไปร่วมกิจกรรมภายในหมู่บ้านหรือชุมชน
5. ด้านภาวะทางอารมณ์ (emotional) หมายถึง ความรู้สึก เครียด ซึมเศร้า ท้อแท้ตลอดเวลา หรือ มีความสุขตลอดเวลา
6. ด้านพลังกำลัง (vitality) หมายถึง มีความรู้สึกกระปรี้กระเปร่า มีกำลังพอที่จะทำทุกสิ่งอย่างที่ต้องการได้ หรือว่ารู้สึกอ่อนเพลีย ไม่มีแรง หรือเหนื่อยล้า
7. ด้านการรับรู้หน้าที่ (cognitive function) หมายถึง ความรู้สึก ยากลำบากในการหา เหตุผลหรือแก้ปัญหา เช่น ในการวางแผน การตัดสินใจ หรือการเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ หรือสิ่งของที่เพิ่งจะเกิดขึ้น และไม่มีสมาธิในการทำกิจกรรม
8. มิติด้านสุขภาพจิตทั่วไป (General mental health) หมายถึง สุขภาพร่างกายที่ แข็งแรงเหมือนคนอื่น หรือยังเจ็บป่วยอยู่

แบบวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ Short – Form 36 (SF – 36) ทั้ง 8 มิติ ได้รวมสถานะทางสุขภาพเป็น 2 สถานะ (summary measures) คือ

1. สถานะสุขภาพทางด้านร่างกาย (physical health summary) ได้แก่ ด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย (physical functioning) ด้านการทำหน้าที่ตามบทบาท (role functioning) ด้านความเจ็บปวดทางร่างกาย (body pain) ด้านการทำหน้าที่ทางสังคม (social functioning) และด้านการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพทั่วไป (general health perception)
2. สถานะสุขภาพทางด้านจิตใจ (mental health summary) ได้แก่ ด้านสภาวะทางอารมณ์ (emotional) ด้านพลังกำลัง/ความเหนื่อยล้า (energy/fatigue) ด้านการรับรู้หน้าที่ (cognitive function) ด้านการรับรู้สุขภาพทั่วไป (general health perception)

2.3 การประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

การประเมินคุณภาพชีวิต หรือการวัดระดับของคุณภาพชีวิต เริ่มมีการศึกษาดังแต่ปี พ.ศ.2503 และจากการที่มีผู้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกัน จึงได้มีการคิดค้นเครื่องมือเพื่อใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตไว้หลากหลาย ขึ้นอยู่กับแนวคิดและวัตถุประสงค์ของการศึกษา มีเบิร์ก (Meeberg)⁽⁴⁰⁾ ได้แบ่งเป็น 3 ประเภท ดังนี้ 1. พิจารณาตามโครงสร้างแบ่งเป็นคุณภาพชีวิตมีองค์ประกอบเดียว เป็นการประเมินคุณภาพชีวิตด้วยคำถามเดียว ในการสรุปคุณภาพชีวิตโดยรวมทั้งหมด และคุณภาพชีวิตมีหลายองค์ประกอบ 2. พิจารณาตามเนื้อหาแบ่งเป็นแบบทั่วไป เป็นการประเมินผลกระทบจากโรคและการรักษา ไม่ได้มุ่งเน้นที่โรคหรือความเจ็บป่วยใด ๆ โดยเฉพาะกับแบบเฉพาะโรคหรือการเจ็บป่วย เป็นการประเมินคุณภาพชีวิตที่เฉพาะเจาะจงในแต่ละโรค หรือการประเมินการทำหน้าที่ โดยเฉพาะด้านที่ศึกษาและ 3. การพิจารณาเชิงวัตถุวิสัยและจิตวิสัย ซึ่งปัจจุบันนิยมใช้การประเมินคุณภาพชีวิตด้วยการพิจารณาเชิงวัตถุวิสัยและจิตวิสัย ดังนี้

1. ด้านวัตถุวิสัย (objective) การประเมินด้านวัตถุวิสัย เป็นการประเมินโดยผู้อื่น วัดโดยอาศัยข้อมูลที่เป็นจริงด้านรูปธรรมที่มองเห็นได้ นับได้ วัดได้ เช่น ข้อมูลทางเศรษฐกิจ สังคมและ สิ่งแวดล้อม

2. ด้านจิตวิสัย (subjective) เป็นการประเมินข้อมูลด้านจิตวิทยา ซึ่งอาจทำได้โดยการสอบถามความรู้สึกและเจตคติต่อประสบการณ์ของบุคคลเกี่ยวกับชีวิต การรับรู้ต่อสภาพความเป็นอยู่ การดำรงชีวิต รวมทั้งสิ่งต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับชีวิต ความพึงพอใจของชีวิต ซึ่งน่าเชื่อถือเพราะเป็นการ พิจารณาตัดสินคุณภาพชีวิตด้วยบุคคลนั่นเอง

แฟรงค์ (Frank)⁽⁴¹⁾ อธิบายว่าการประเมินคุณภาพชีวิตสามารถพิจารณาเลือกเครื่องมือได้หลายรูปแบบ และหลายประเด็น ดังนี้ วิธีแรก คือ เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตที่เป็นข้อมูลเชิง

คุณภาพและข้อมูลเชิงปริมาณ (qualitative and quantitative data) เครื่องมือประเมินคุณภาพแบบข้อมูลเชิงคุณภาพ เป็นการระบุประเด็นที่มีผลกระทบจากโรค ส่วนเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตแบบข้อมูลเชิงปริมาณ เป็นการระบุประเด็นคุณภาพชีวิตที่สามารถนำคะแนนไปรวมเป็น คะแนนรวมได้ วิธีที่ 2 คือ เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตเชิงวัตถุวิสัย และเชิงจิตวิสัย (objective and subjective instrument) การประเมินคุณภาพชีวิตเชิงวัตถุวิสัย คือการประเมิน คุณภาพชีวิตโดยบุคลากรสุขภาพ ผู้ประเมินสามารถสังเกตได้โดยตรง ส่วนการประเมินคุณภาพ ชีวิตเชิงจิตวิสัย คือการประเมินคุณภาพชีวิตของตนเองโดยบุคคลนั้น เป็นสิ่งที่บุคคลนั้นตอบหรือให้ข้อมูล และเป็นการสะท้อนความรู้สึกที่บุคคลอื่นไม่สามารถสังเกตได้โดยตรง นอกจากนี้แนวคิดในการประเมินคุณภาพชีวิตตามโครงสร้างหรือองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตแบ่งเป็น 2 ลักษณะ คือ

1. การประเมินคุณภาพชีวิต โดยพิจารณาว่าคุณภาพชีวิตประกอบด้วย โครงสร้างมิติเดียว (Unidimension) ซึ่งนิยามกันมากในอดีต บุคคลจะประเมินคุณภาพชีวิตของตนโดยใช้คำถามเดียว สรุปถึงคุณภาพชีวิตโดยรวมทั้งหมด ซึ่ง ฮาวเวิร์ด และ สเตซี่ (Howard and Stacey)⁽⁴²⁾ ได้กล่าวว่า นักวิจัยทั้งหลายจะไม่สามารถประเมินคุณภาพชีวิตจากความเป็นจริงของบุคคลได้ ถ้าบุคคลนั้นถูกบังคับ ให้เลือกระหว่าง หัวข้อ ปัญหา สัญลักษณ์ และสถานการณ์ต่าง ๆ ของตนเอง เนื่องจากชีวิตของ บุคคล เป็นองค์รวมไม่สามารถประเมินโดยแยกขอบเขตหรือหัวข้อที่ตั้งขึ้นได้ การรับรู้ชีวิตของบุคคล เป็นการ มองภาพรวมทั้งหมดในโลกแห่งความเป็นจริงของตน โดยแสดงออกตามการรับรู้ เป้าหมาย และการให้คุณค่าของตนเอง รวมทั้งการรับรู้ตนเองต่อความสุขและความพึงพอใจในชีวิต ซึ่งเป็นตัวบ่งชี้ถึงคุณภาพชีวิต

2. การประเมินคุณภาพชีวิต โดยพิจารณาว่าคุณภาพชีวิต ประกอบด้วย โครงสร้างหลายมิติ (Multidimension) โดยคุณภาพชีวิตจะขึ้นอยู่กับหลายสิ่ง เช่น ภาวะสุขภาพ อาการ เจ็บปวด การทำหน้าที่ทางกายและทางสังคม ภาพลักษณ์ ครอบครัวย เพศสัมพันธ์ การงาน อาชีพ เศรษฐฐานะ และ อารมณ์ เป็นต้น ซึ่ง พาดิลลา และ แกรนท์ (Padilla and Grant)⁽³³⁾ ให้ความหมายว่า การประเมินคุณภาพชีวิตโดยใช้โครงสร้างหลายมิติอาจเหมาะสมกว่าการประเมินโดยใช้โครงสร้างมิติเดียว เพราะ ช่วยให้เห็นภาพที่ ถูกต้องของเหตุการณ์ในชีวิตของผู้ป่วยที่เกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษาทั้งหมด ยังสามารถศึกษาผลของแต่ละองค์ประกอบที่มีต่อคุณภาพชีวิตได้ แต่อย่างไรก็ตามเมื่อกล่าวถึงคุณภาพชีวิต บุคคลโดยทั่วไปมักเห็นว่าเป็นความพึงพอใจในชีวิต ซึ่งเป็นการสะท้อนความรู้สึกต่อการตอบสนองความต้องการของบุคคลที่เป็นประสบการณ์ของบุคคลนั้น เป็นมิติที่สำคัญที่สุด สปีทซ์, ดอบสัน และฮอลล์ (Spitze, Dobson and Hall)⁽⁴³⁾ กล่าวว่าเครื่องมือที่ดีในการประเมินคุณภาพชีวิตประกอบด้วยลักษณะ 10 ประการ ดังนี้ 1) ข้อความนั้นเข้าใจง่าย และนำไปใช้สะดวก 2) ครอบคลุมองค์ประกอบของชีวิตแต่ละด้าน จำนวนข้อควรมีรายละเอียดมาก

พอที่จะครอบคลุมในแต่ละด้าน 3) เนื้อหาสอดคล้องกับกลุ่มประชากรที่ศึกษา 4) ควรเป็นการวัดเชิงปริมาณ เช่น ข้อมูลที่ใช้สามารถให้คะแนนเป็นตัวเลขได้ 5) มีข้อจำกัดที่น้อยที่สุดเกี่ยวกับปัจจัยทางด้าน อายุ เพศ อาชีพ และชนิดของโรค 6) ได้ตรวจสอบความเชื่อมั่นก่อนนำไปใช้ 7) เป็นที่ยอมรับในการวัด โดยเฉพาะผู้ชำนาญทางคลินิก 8) มีความไวต่อการเปลี่ยนแปลงในภาวะสุขภาพของผู้ถูกวัด 9) แสดงให้เห็นความแตกต่างอย่างเด่นชัดในกลุ่มผู้ถูกวัด ที่มีระดับคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกัน 10) สอดคล้องกับความรู้ที่มีอยู่ในปัจจุบัน และคะแนนที่วัดได้สอดคล้องกับที่คนอื่นวัดถึงแม้ว่าจะยังไม่มี ความหมายที่ชัดเจนเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต แต่หลายประเทศ เช่น แคนาดา สหรัฐอเมริกา และประเทศแถบสแกนดิเนเวีย ได้เริ่มพัฒนาแบบวัดคุณภาพชีวิตที่สามารถวัดได้ละเอียดมากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะด้านการมีชีวิตรอยู่อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี ความมีสุขภาวะที่สมบูรณ์พร้อมทั้งทางกาย จิตใจ และสังคม รวมทั้งความยืนยาวของชีวิตที่ดำรงอยู่อย่างมีสุขภาพดี

แบบวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ Short – Form 36 (SF – 36) สร้างขึ้นและพัฒนาโดย The Medical Outcome Trust ของประเทศสหรัฐอเมริกา ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับสุขภาพโดยแบ่งเป็น 8 มิติ รวม 35 ข้อ ได้แก่ 1) มิติด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย (physical functioning) 2) มิติด้านการทำหน้าที่ตามบทบาท (role functioning) 3) มิติด้านความเจ็บปวดทางร่างกาย (body pain) 4) มิติด้านการรับรู้สุขภาพทั่วไป (General health perception) 5) มิติด้านการทำหน้าที่ทางสังคม (social functioning) 6) มิติด้านพลังกำลัง (vitality) 7) มิติด้านภาวะทางอารมณ์ (emotional) 8) มิติด้านสุขภาพจิตทั่วไป (General mental health) และข้อคำถามเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตโดยรวมอีก 1 ข้อ รวม 36 ข้อ SF-36 ถูกแปลและนำไปใช้มากกว่า 14 ภาษารวมทั้งภาษาไทย เป็นเครื่องมือที่กระชับและครอบคลุมเกี่ยวกับสภาวะสุขภาพ ทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจผลลัพธ์แสดงเป็นค่า คะแนน ซึ่งคะแนนสูงแสดงว่ามีสุขภาพดี

ข้อดีของ SF-36⁽⁴⁴⁾

1. มีองค์ประกอบครบ ครอบคลุมความหมายของคุณภาพชีวิต
2. ใช้ได้กับกลุ่มประชากรที่อยู่ในภาวะการเจ็บป่วยหรือพิการ
3. ใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตภายหลังการได้รับการรักษาจากระบบ

บริการสุขภาพในสภาวะต่าง ๆ

ข้อจำกัดของ SF-36⁽⁴⁴⁾

1. เป็นการประเมินการรับรู้ของแต่ละบุคคล
2. ไม่เหมาะสมกับการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มประชากรที่อยู่ในการเจ็บป่วยที่แตกต่างกันมาก

ในปี พ.ศ.2539 เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิต SF – 36V1.0⁽⁴⁴⁾ ได้มีการพัฒนาเป็น SF – 36V2.0 โดยการเรียบเรียงคำถามใหม่ให้เข้าใจง่ายขึ้น และเปลี่ยนเป็น 5 ตัวเลือก แล้วการเปรียบเทียบกับ SF – 36V1.0 โดยทดสอบความเที่ยงกับหลายประเทศ เช่น สหรัฐอเมริกา แคนาดา พบว่า SF – 36V2.0 มีค่าความเที่ยงมากกว่า SF – 36V1.0 และพบว่า SF – 36V2.0 สามารถนำไปใช้ได้หลากหลาย ไม่มีข้อจำกัดด้านวัฒนธรรม

การวัดคุณภาพชีวิตเป็นการวัดผลได้จากการรักษาที่บุคลากรการแพทย์ ให้ความสำคัญมากขึ้น แบบสอบถาม SF-36 ฉบับภาษาไทยเป็นเครื่องมือที่นำไปใช้วัดผลกันอย่างแพร่หลายในปัจจุบัน อย่างไรก็ตามฉบับภาษาไทยที่ผ่านการแปลและทดสอบแล้ว มีคุณสมบัติด้านความตรงและความเที่ยงในบางมิติไม่ตรงตามเกณฑ์ วัชร เลอมาณกุล และ ปารณีย์ มิแต้ม⁽⁴⁵⁾ ได้วิจัยทดสอบคุณสมบัติของแบบสอบถาม SF-36V2.0 ภาษาไทยฉบับแปลใหม่ โดยมีวัตถุประสงค์ที่จะแปลแบบสอบถามใหม่อีกครั้งด้วยวิธีแปลจากภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทย และแปลจากภาษาไทยเป็นภาษาอังกฤษ และทดสอบความตรงตามโครงสร้างและความเที่ยงภายในกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นคนทั่วไป จำนวน 448 คน ตอบแบบสอบถามฉบับใหม่ด้วยตนเองนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ พบว่าแบบสอบถามฉบับใหม่มีรูปแบบที่ใกล้เคียงกับฉบับเดิม ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามฉบับใหม่สูงกว่า 0.7 ในทุกมิติ (0.72 – 0.86) แบบสอบถามฉบับใหม่ มีคุณสมบัติความเที่ยงที่ดี และมีความตรงส่วนใหญ่เป็นไปตามเกณฑ์

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงใช้แบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิต SF-36V2.0 เนื่องจากมีเนื้อหาที่ครอบคลุมและสามารถอธิบายเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตในแต่ละด้านและในภาพรวมได้เป็นอย่างดี

3. แนวคิดเกี่ยวกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

3.1 ความหมายของความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

ได้มีผู้ให้ความหมายของความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Self – esteem) ไว้ดังนี้

มาสโลว์ (Maslow)⁽⁴⁶⁾ กล่าวว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองคือการประเมินคุณค่าของตนเองจากการยอมรับตนเองและได้รับการยอมรับจากผู้อื่นก่อนที่จะเริ่มนับถือตนเอง แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ

1. ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองที่เกิดจากการยอมรับตนเอง คือ ความต้องการมีความเข้มแข็ง ความสำเร็จ ความสามารถเพียงพอในการทำสิ่งต่าง ๆ ความเชื่อมั่น และมีอิสระ

2. ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองที่เกิดจากการยอมรับของผู้อื่น คือ ความต้องการมีชื่อเสียง เกียรติยศ ตำแหน่ง ความรุ่งเรืองมีอำนาจเหนือผู้อื่น ได้รับการยอมรับ ความสนใจ มีความสำคัญ

แบรนเดน (Branden)⁽⁴⁷⁾ ได้ให้ความหมายไว้ว่า เป็นเหมือนประสบการณ์ของความเป็นจริงที่เขาสามารถเรียนรู้และดำเนินชีวิตได้อย่างมีคุณค่า

โรเซนเบิร์ก (Rosenberg)⁽⁴⁸⁾ กล่าวว่าความรู้สึกยอมรับนับถือในตนเองและคิดว่าตนเองมีค่า ขึ้นอยู่กับบุคคลที่อยู่ใกล้ชิดหรือผู้ที่เรารู้สึกว่าสำคัญมองเรา เป็นการประเมินตนเองในทางบวกหรือลบ

คูเปอร์สมิท (Coopersmith)⁽⁴⁹⁾ กล่าวว่า เป็นขอบเขตที่บุคคลมีความเชื่อเกี่ยวกับความสามารถของเขาว่ามีความสำคัญและมีคุณค่า เป็นการพิจารณาตัดสินค่าของตนตามความรู้สึกและเจตคติที่มีต่อตนเองเป็นพื้นฐานโดยรวม โดยแสดงถึงทัศนคติของการยอมรับหรือไม่ยอมรับ

ในการวิจัยครั้งนี้ สรุปได้ว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง หมายถึง ความรู้สึกของผู้สูงอายุที่มีต่อตนเองและคิดว่าตนเองมีคุณค่า ซึ่งมาจากความสามารถ ความสำเร็จ และเป็นที่ยอมรับของครอบครัวและสังคม

3.2 องค์ประกอบของความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง^(50, 51)

ปัจจุบันสังคมให้ความสนใจเกี่ยวกับความต้องการด้านจิตใจของผู้สูงอายุ ที่พบว่าความต้องการด้านร่างกายและจิตใจเกี่ยวข้องกันจนไม่สามารถแยกออกจากกันได้ โดยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นรากฐานของสุขภาพจิตและเป็นสิ่งที่ทุกคนแสวงหา คูเปอร์สมิท (Coopersmith)⁽⁴⁹⁾ กล่าวถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกที่มีคุณค่าในตนเอง 2 ลักษณะ ได้แก่

3.2.1 ปัจจัยที่เป็นลักษณะเฉพาะของบุคคล

1) ลักษณะทางกายภาพ เช่น รูปร่างหน้าตา ความแข็งแรง
สิ่งเหล่านี้มักได้รับการประเมินจากครอบครัวและกลุ่มเพื่อน

2) สมรรถภาพโดยทั่วไป ความสามารถ และการปฏิบัติงาน
ปัจจัยทั้ง 3 ประการนี้ ช่วยส่งเสริมให้เกิดการบรรลุผลสำเร็จในการดำเนินชีวิต

3) สภาพทางอารมณ์ เป็นภาพสะท้อนถึงความพอใจ ความวิตกกังวล ความสุข ที่มีในตัวเองทั้งที่แสดงออกและไม่แสดงออก ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการประเมินตนเองจากสิ่งที่ตนประสบและรูปแบบของการได้รับการปฏิบัติจากผู้อื่น

4) ค่านิยมส่วนบุคคล ถูกกำหนดโดยสังคม และสภาพแวดล้อมที่บุคคลเหล่านั้นอยู่ แต่โดยทั่วไปบุคคลจะประเมินคุณค่าของตนเอง โดยนำไปเปรียบเทียบกับสิ่งที่ตนให้คุณค่า

5) ความมุ่งหวังการตัดสินใจคุณค่าของตนเองจากการเปรียบเทียบความสามารถหรือการปฏิบัติงานของตนกับมาตรฐานหรือเกณฑ์ที่ตนเองกำหนดไว้

6) เพศ สังคมและวัฒนธรรม ส่วนใหญ่มีค่านิยมที่ดีต่อเพศชายมากกว่าเพศหญิง โดยเพศชายมักได้รับตำแหน่งที่มีอำนาจทางสังคม ทำให้ผู้ชายรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงกว่าเพศหญิง

7) ปัญหาต่าง ๆ และพยาธิสภาพ หากบุคคลสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง พึ่งตนเองได้ ทำให้สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข

3.2.2 ปัจจัยที่เป็นส่วนประกอบภายนอก

แนวคิดของ คูเปอร์สมิธ (Coopersmith)⁽⁴⁹⁾ กล่าวถึง แหล่งที่มาความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองที่สามารถส่งผลถึงความสำเร็จของบุคคลไว้ 4 ประการ คือ

1) การมีความสำคัญ หมายถึง รู้สึกว่าตนเองได้รับการยอมรับ การเอาใจใส่ ได้รับการแสดงความรักและความชื่นชม การเคารพนับถือจากบุคคลอื่น

2) การมีความสามารถ หมายถึง รู้สึกว่าตนเองมีความสามารถในการปฏิบัติงานต่าง ๆ ให้บรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมายที่ต้องการได้

3) การมีคุณค่าความดี หมายถึง การรู้สึกว่าตนเองเป็นผู้ยึดมั่นต่อการปฏิบัติตามหลักศีลธรรม จรรยาและข้อพึงปฏิบัติหรือกฎเกณฑ์ข้อบังคับทางสังคม

4) การมีอำนาจ หมายถึง การรู้สึกว่าตนเองสามารถควบคุมพฤติกรรมของตนสามารถจัดการกับสิ่งที่มาคุกคามความรู้สึกที่มีคุณค่าในตนเองในแต่ละบุคคลให้ลดต่ำลง สามารถสรุปได้ว่า แหล่งที่มาของความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เกิดจากกระบวนการรับรู้ คือ ประเมินตนเองในด้านความสำคัญ ความสามารถ มีคุณค่าความดีและการมีอำนาจ สามารถรับรู้ตนเองจากสิ่งที่ประเมินตนเองและจากบุคคลอื่นจากการแสดงออกต่อตนเอง โดยการรับรู้นี้จะทำให้บุคคลมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในระดับที่แตกต่างกัน ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของตนเองได้

3.3 การประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง^(50, 51)

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นความคิดที่บุคคลมีความรู้สึกพึงพอใจในตนเอง การประเมินความรู้สึกพึงพอใจในตนเองของบุคคลจึงค่อนข้างกระทำได้ยาก ในการวัดการเห็นคุณค่า

ในตนเองนั้น ควรมีการกำหนดให้มีการตอบไม่ตรงกับความเป็นจริง และมีความสอดคล้องกับการประเมินพฤติกรรมจากบุคคลต่าง ๆ เพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ตอบแบบวัด ตอบในลักษณะที่ทำให้ตนเองเป็นที่ยอมรับของบุคคลอื่น แบบวัดที่มีผู้นิยมนำมาใช้ในวัยผู้สูงอายุ ได้แก่

แบบวัดความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของโรเซนเบิร์ก (Rosenberg)⁽⁴⁸⁾ ได้แก่ แบบวัด Self – Esteem Scale มีเฉพาะสเกลการตอบไม่ตรงกับความเป็นจริง และการประเมินพฤติกรรมจากบุคคลอื่น นอกจากนั้นยังไม่ระบุกลุ่มอายุซึ่งเหมาะสมกับการใช้แบบวัดด้วย

ในขณะที่แบบวัดความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง คูเปอร์สมิท (Coopersmith)⁽⁴⁹⁾ นั้น มีคุณสมบัติสองลักษณะ คือ มีทั้งสเกลการตอบไม่ตรงกับความเป็นจริง และการประเมินพฤติกรรมจากบุคคลอื่น คูเปอร์สมิท (Coopersmith) ได้สร้างความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Coopersmith Self – Esteem Inventory 1984) 3 ฉบับ คือ ฉบับนักเรียน (School Form) ซึ่งเหมาะสมกับเด็กอายุ 8 – 15 ปี ฉบับสั้น (School Short Form) และฉบับผู้ใหญ่ (Adult Form) ซึ่งเหมาะสมกับบุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 16 ปีขึ้นไป

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้เครื่องมือวัดความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ของคูเปอร์สมิท (Coopersmith)⁽⁴⁹⁾ มาอธิบายกรอบแนวคิดด้านความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ

4. แนวคิดเกี่ยวกับสัมพันธภาพในครอบครัว

ครอบครัวเป็นหน่วยของสังคมที่สำคัญ ที่มีความสัมพันธ์และร่วมมือกันอย่างใกล้ชิด และเป็นสังคมหน่วยแรกที่มนุษย์จะต้องเผชิญ ตั้งแต่แรกเกิดจนกระทั่งเติบโตขึ้น ความสัมพันธ์ในครอบครัวเป็นความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ อันเนื่องมาจากสมาชิกในครอบครัว อันได้แก่ พ่อแม่ พี่น้อง ได้ให้ความรัก ความใกล้ชิดสนิทสนม การเอาใจใส่เลี้ยงดูกัน ทำให้เกิดการขัดเกลาทางสังคม (Socialization)

4.1 ความหมายของสัมพันธภาพในครอบครัว

ได้มีผู้ให้ความหมายของสัมพันธภาพในครอบครัวไว้ ดังนี้

แฮร์รีส์ และ โคล (Harris and Cole)⁽⁵²⁾ ให้ความหมายว่าเป็นการกระทำของสมาชิกในครอบครัวต่อผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุต่อสมาชิกในครอบครัว ผู้สูงอายุต้องการการดูแลเอาใจใส่จากครอบครัวถ้าผู้สูงอายุขาดความสัมพันธ์ที่ดีภายในครอบครัว ทำให้มีความพึงพอใจในชีวิตที่ต่ำได้

การวิจัยครั้งนี้ สัมพันธภาพในครอบครัว หมายถึง การรับรู้ของผู้สูงอายุต่อการแสดงออกของบุคคลในครอบครัวที่แสดงต่อผู้สูงอายุ ในด้านการแสดงความเคารพยกย่อง

และให้ความสำคัญต่อกัน การแสดงความรักความห่วงใย การดูแลเอาใจใส่ ความผูกพันใกล้ชิด รวมถึงการทำกิจกรรมร่วมกันของสมาชิกในครอบครัว

4.2 องค์ประกอบของสัมพันธภาพในครอบครัว

ครอบครัวเป็นสถาบันที่มีความหมายต่อผู้สูงอายุนาน เป็นสิ่งที่มีความสำคัญ มีอิทธิพลต่อภาวะจิตใจ เป็นสถาบันที่ให้ความรัก ความอบอุ่น ความปลอดภัย ความไว้วางใจแก่ผู้สูงอายุ

เฟรย์ดแมน (Friedman)⁽⁵³⁾ ได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับหน้าที่ของครอบครัว ไว้ว่าหน้าที่ของครอบครัวเป็นงานที่ครอบครัวพึงปฏิบัติให้เกิดประโยชน์แก่สมาชิกในครอบครัว เพื่อให้สมาชิกในครอบครัวสามารถดำรงอยู่ในสังคมได้อย่างปกติ ครอบครัวเป็นแหล่งกำเนิดอัตมโนทัศน์ ความรู้สึกเป็นเจ้าของชีวิตที่มีคุณค่า และเป็นแหล่งของการให้ความรักความอบอุ่น รวมทั้งการช่วยเหลือและสนับสนุนในด้านต่าง

มาร์โรว และวิลสัน (Marrow and Wilson)⁽⁵⁴⁾ ได้อธิบายถึงสัมพันธภาพในครอบครัว (Family Relation) ว่าประกอบด้วย การสนับสนุนด้านอารมณ์และสิ่งแวดล้อมในครอบครัว การแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน มีการพักผ่อนหย่อนใจร่วมกันในครอบครัว มีการรักใคร่ผูกพันซึ่งกันและกันมีความเห็นอกเห็นใจกัน และมีความกลมเกลียว มีความสามัคคีระหว่างสมาชิกในครอบครัวอีกด้วย

เออร์เนสต์ เบอร์กอสส์ (Ernest Burgess)⁽⁵⁵⁾ ได้อธิบายถึงความสำคัญของครอบครัว และสัมพันธภาพในครอบครัว ดังนี้

1. ครอบครัวประกอบด้วยความผูกพันกันโดยการแต่งงาน สายเลือดหรือการรับบุตร พันธะสัญญาของสามีภรรยา คือ การแต่งงานและความสัมพันธ์ระหว่างพ่อแม่กับบุตรโดยทั่วไปก็โดยทางสายเลือด

2. สมาชิกของครอบครัวจะมีชีวิตอยู่ด้วยกัน ภายใต้หลังคาเดียวกัน ประกอบเป็นครัวเรือนเดี่ยวหรือแยกกันอยู่ พวกเขาก็ถือว่าครัวเรือนเปรียบเสมือนบ้าน แม้บางครั้งในอดีตที่ผ่านมา ครัวเรือนเป็นครัวเรือนใหญ่ ซึ่งอาจจะมีถึงสามหรือสี่หรือห้าอายุคน

3. ครอบครัว ประกอบด้วยบุคคล ซึ่งมีปฏิสัมพันธ์และติดต่อซึ่งกันและกัน ตามบทบาทของสังคม กล่าวคือ เป็นบิดา มารดา สามี ภรรยา บุตรชาย บุตรหญิง พี่และน้อง บทบาทเป็นไปตามการคาดหวังของสังคม

การวิจัยครั้งนี้ สรุปได้ว่า สัมพันธภาพในครอบครัว หมายถึง การรับรู้ของผู้สูงอายุต่อการแสดงออกของบุคคลในครอบครัว ที่แสดงต่อผู้สูงอายุ ในด้านการแสดงความ

เคารพยกย่องและให้ความสำคัญต่อกัน การแสดงความรักความห่วงใย การดูแลเอาใจใส่ ความผูกพันใกล้ชิด รวมถึงการทำกิจกรรมร่วมกันของสมาชิกในครอบครัว ในการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้อาเนวคิดสัมพันธภาพในครอบครัวของ มาร์โรว และ วิลสัน (Morrow and Wilson)⁽⁵⁴⁾ มาอธิบายกรอบเนวคิดในปัจจัยด้านสัมพันธภาพในครอบครัว

5. เนวคิดเกี่ยวเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม

5.1 ความหมายการสนับสนุนทางสังคม

เป็นความจำเป็นพื้นฐานทางสังคมของบุคคล ที่เกี่ยวข้องกับการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลหรือกลุ่มบุคคล มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยมีผู้ให้ความหมายไว้ ดังนี้

เพนเดอร์ (Pender)⁽⁵⁶⁾ ให้ความหมายว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นการที่บุคคลรู้สึกถึงความเป็นเจ้าของ การได้รับการยอมรับ รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นที่ต้องการของบุคคลอื่น โดยได้จากบุคคลในระบบของสังคมนั่นเอง เป็นผู้ให้การสนับสนุนด้านจิตใจ อารมณ์ วัสดุอุปกรณ์ ข่าวสาร คำแนะนำ อันจะทำให้บุคคลนั้นสามารถดำรงอยู่ในสังคมได้อย่างเหมาะสม

เฮาส์ (House)⁽⁵⁷⁾ ได้ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่า เป็นสิ่งทีบุคคลได้รับการเอาใจใส่ แบ่งออกเป็น 4 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ ด้านการประเมินค่า ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านวัตถุสิ่งของและแรงงาน

คอบบ์ (Cobb)⁽⁵⁸⁾ ให้ความหมายว่าเป็นการที่บุคคลได้รับข้อมูลทำให้เชื่อว่ามีบุคคลให้ความรักความเอาใจใส่ เห็นคุณค่า ยกย่อง รวมทั้งมีความรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

สรุปได้ว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การรับรู้ของผู้สูงอายุต่อการได้รับการตอบสนองความต้องการจากบุคคลซึ่งมีความผูกพันซึ่งกันและกันในสังคม ได้แก่ บุตรหลานหรือญาติ เพื่อนบ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และองค์กรของรัฐ/เอกชน ในด้านแรงงาน สิ่งของเงินทองและบริการ ด้านอารมณ์ ด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า ด้านการมีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และด้านข้อมูลข่าวสาร

5.2 องค์ประกอบของการสนับสนุนทางสังคม

มีนักวิชาการหลายท่านได้กล่าวถึงองค์ประกอบของการสนับสนุนทางสังคม ไว้ดังนี้

เพนเดอร์ (Pender)⁽⁵⁶⁾ ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 4 ประเภท คือ

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotion support) เป็นการให้ความช่วยเหลือ สนับสนุนการมีส่วนร่วม ซึ่งอาจจะเป็นการช่วยเหลือในภาวะซึมเศร้า
2. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational support) เป็นการช่วยเหลือบุคคลให้เกิดความเข้าใจว่าควรทำอะไร ถึงจะมีประสิทธิภาพและเกิดประโยชน์กับตนเอง
3. การช่วยเหลือด้านทรัพยากร (Instrumental support) เป็นการช่วยเหลือ ด้านแรงงานเพื่อให้บุคคลมีเวลาว่างในการทำกิจกรรมร่วมกัน
4. การยอมรับ (Affirmation) การยอมรับจะช่วยให้บุคคลเข้าใจภาวะและศักยภาพที่เป็นจริงของตน

เฮาส์ (House)⁽⁵⁷⁾ แบ่งประเภทของการสนับสนุนทางสังคมเป็น 4 ประเภท คือ

1. การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotion support) เป็นการให้ความพอใจ การยอมรับนับถือ ความไว้วางใจ ความรักและความผูกพันต่อกัน
2. การสนับสนุนในการให้การประเมินผล (Appraisal support) เช่น การให้ข้อมูลย้อนกลับ การรับรอง และการเปรียบเทียบตนเองกับผู้อื่นในสังคม ซึ่งทำให้เกิดความมั่นใจ
3. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational support) เป็นการให้คำแนะนำ ให้คำปรึกษา การให้ข้อเท็จจริงเพื่อนำไปใช้ในการแก้ปัญหา
4. การสนับสนุนด้านสิ่งของ (Instrumental support) เป็นการช่วยเหลือด้านแรงงาน การเงินและบริการที่จำเป็น

คอบบ์ (Cobb)⁽⁵⁸⁾ ได้แบ่งแรงสนับสนุนทางสังคม ออกเป็น 3 ประเภท คือ

1. การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotion support) เป็นการสนับสนุนด้านการยอมรับนับถือ การให้ความรัก การดูแลเอาใจใส่และความผูกพันซึ่งกันและกัน
2. การสนับสนุนด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า (Esteem support) เป็นการสนับสนุนที่ย้ำให้รู้ว่าเป็นบุคคลที่มีคุณค่า เป็นที่ยอมรับของบุคคลอื่น
3. การสนับสนุนด้านการมีส่วนร่วมของสังคม (Socially support) เป็นการสนับสนุนที่บอกให้ทราบว่าบุคคลนั้นเป็นสมาชิกหรือเป็นส่วนหนึ่งของสังคมและมีความรู้สึกเป็นเจ้าของสังคมของตน

เชฟเฟอร์, คอยน์ และลาซารัส (Schaefer, Coyne and Lazarus)⁽⁵⁹⁾ ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ประเภท ดังนี้

1. การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotion support) เป็นการให้ความช่วยเหลือทางด้านอารมณ์ ได้แก่ การให้ความสำคัญ การให้ความมั่นใจ ความรู้สึกที่สามารถพึ่งพาและไว้วางใจผู้อื่นซึ่งทำให้ผู้อื่นรู้สึกได้ว่าได้รับความรักหรือความเอาใจใส่
2. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) เป็นการช่วยเหลือโดยการให้ข้อมูลข่าวสารและความรู้ให้คำแนะนำในการแก้ปัญหา และให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับพฤติกรรมและการปฏิบัติตนของบุคคล
3. การสนับสนุนด้านสิ่งของ (Tangible support) เป็นการช่วยเหลือโดยตรงต่อความจำเป็นของบุคคลในด้านต่าง ๆ เช่น การเงิน สิ่งของ แรงงาน หรือการให้บริการ

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของคอบบ์ (Cobb)⁽⁵⁸⁾ และแนวคิดของเชฟเฟอร์, คอยน์ และลาซารัส (Schaefer, Coyne and Lazarus)⁽⁵⁹⁾ เป็นแนวคิดในการวิจัย แบ่งการสนับสนุนทางสังคมเป็น 5 ประเภท ที่ครอบคลุมถึงการตอบสนองความจำเป็นพื้นฐานทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคมของผู้สูงอายุ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ หมายถึงการได้รับความรัก ความอบอุ่น การดูแลเอาใจใส่ ความผูกพันและมีความไว้วางใจซึ่งกันและกัน
2. การสนับสนุนด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า หมายถึงการได้รับการทักทายและการได้รับการแสดงความเคารพ การยอมรับต่อการแสดงออกจากบุคคลในสังคม
3. การสนับสนุนด้านการมีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม หมายถึง ความรู้สึกที่เป็นส่วนหนึ่งของสังคม การปฏิสัมพันธ์กับสังคม และความรู้สึกเป็นเจ้าของในสังคมของตนเอง
4. การสนับสนุนด้านแรงงาน สิ่งของ เงินทองและบริการ หมายถึงการได้รับการช่วยเหลือด้านแรงงาน สิ่งของ เครื่องใช้ เงินทองและการได้รับความสะดวกในการรับบริการต่าง ๆ ในชุมชน
5. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร หมายถึง การได้รับข้อมูลข่าวสารหรือคำแนะนำต่าง ๆ ซึ่งเป็นประโยชน์ในการดำเนินชีวิตประจำวันและสุขภาพ

5.3 แหล่งที่มาของการสนับสนุนทางสังคม

บุคคลจะได้รับการช่วยเหลือ หรือสนับสนุนจากระบบการสนับสนุนทางสังคม ของตนเอง ซึ่งประกอบด้วย บุคคลที่ตนเองติดต่อหรือมีความผูกพันซึ่งกันและกัน โดยที่ระบบการสนับสนุนทางสังคมจะมีการเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอตลอดช่วงชีวิตของบุคคล เพนเดอร์ (Pender)⁽⁵⁶⁾ กล่าวว่า บุคคลอาจได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลอื่นในสังคมของตนเองหลายกลุ่ม ได้แก่

1. กลุ่มบุคคลที่มีความผูกพันกันตามธรรมชาติ (Natural Support System) เช่น ญาติพี่น้อง
2. กลุ่มเพื่อน (Peer Support System)
3. องค์กรทางศาสนาหรือแหล่งอุปถัมภ์ต่าง ๆ (Religious Organization of Denominations)
4. กลุ่มวิชาชีพด้านสุขภาพ (Health Professional Support System)
5. องค์กรอื่น ๆ (Organized Support System not Directed by Health Professionals) เช่น กลุ่มบริการ อาสาสมัคร

5.4 การประเมินการสนับสนุนทางสังคม

เนื่องจากการสนับสนุนทางสังคมเป็นโครงสร้างหลายมิติ ทำให้เครื่องมือที่สร้างขึ้นเพื่อประเมินการสนับสนุนทางสังคมมีหลากหลาย ตามแนวคิดที่แตกต่างกันออกไป ในการประเมินการสนับสนุนทางสังคมจะเลือกใช้เครื่องมือประเมินการสนับสนุนทางสังคมแบบใด ควรอยู่บนพื้นฐานของความเหมาะสม หรือสอดคล้องกับตัวแปรที่จะศึกษา รวมถึงการออกแบบโครงสร้างของเครื่องมือที่จะนำมาใช้ประเมิน ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้พัฒนาแบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของ คอบบ์ (Cobb)⁽⁵⁸⁾ คอบบ์ (Cobb)⁽⁵⁸⁾ และแนวคิดของเชฟเฟอร์, คอยน์ และลาซารัส (Schaefer, Coyne and Lazarus)⁽⁵⁹⁾ เพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการพื้นฐานของผู้สูงอายุ ซึ่งแบ่งความต้องการการสนับสนุนทางสังคม 5 ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า การสนับสนุนด้านการมีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การสนับสนุนด้านแรงงาน สิ่งของ เงินทองและบริการ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

6.1 ลักษณะส่วนบุคคลกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

ในการวิจัยครั้งนี้ได้วิจัยด้านลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ/งานอดิเรก ลักษณะครอบครัว ภาวะสุขภาพ การเข้าร่วมกิจกรรมของชมรม ซึ่งมีงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

6.1.1 เพศ

พรเทพ ศิริวนารังสรรค์ และคณะ⁽⁶⁰⁾ วิจัยเรื่องคุณภาพชีวิตและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในประเทศไทย พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยผู้สูงอายุเพศชายมีระดับคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้สูงอายุเพศหญิง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ศรีเมือง พลัณฑุทธิ์ และเกื้อ วงศ์บุญสิน⁽⁶¹⁾ ซึ่งได้วิจัยเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยตนเอง ครอบครัวและชุมชน พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เนื่องจากเพศชายไม่ต้องทำงานบ้านจึงมีเวลาว่างมากกว่าเพศหญิง ทำให้มีเวลารับข้อมูลข่าวสารและได้ใช้บริการสวัสดิการในสังคมมากกว่า และจากงานวิจัยของธนภัทร สุทธิ⁽⁶²⁾ เรื่องการดำเนินชีวิตแบบเศรษฐกิจพอเพียงกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ เทศบาลตำบลด่านซ้าย อำเภอด่านซ้าย จังหวัดเลย พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับระดับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยผู้สูงอายุเพศชายจะมีระดับความพึงพอใจในชีวิตมากกว่าผู้สูงอายุเพศหญิง เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ทั้งชายและหญิงจะมีวิถีชีวิตที่ไม่แตกต่างกันมากนัก แต่ในด้านความรู้สึกรับผิดชอบต่องานบ้าน ผู้สูงอายุหญิงจะต้องรับผิดชอบงานบ้านและความเป็นอยู่ของคนในบ้าน จึงมีความกังวล ซึ่งต่างจากผู้สูงอายุเพศชายที่ไม่ต้องสนใจต่องานบ้านมากนัก ผลการวิจัยต่าง ๆ ช่วยสนับสนุนงานวิจัยของ ชุตติไกร ดันดิชยวนิช⁽⁶³⁾ ซึ่งได้วิจัยเรื่องความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดระยอง เมื่อปี พ.ศ.2551 จากจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 400 คน พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยผู้สูงอายุเพศชายจะมีความสุขในชีวิตมากกว่าเพศหญิง

6.1.2 อายุ

สุวัฒน์ ศรีสรจักร์, อรุณฯ ภาชีน, วันทนีย์ จำเพ็ญ และลักขณา เดิมศิริกุลชัย⁽⁶⁴⁾ ได้วิจัยเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุชนบท จังหวัดนครราชสีมา พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 โดยผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยจะมีระดับคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมาก ทั้งนี้เนื่องจากกระบวนการเปลี่ยนแปลงของชีวิต จากความเสื่อมถอยของสภาพร่างกาย และจิตใจที่เพิ่มมากขึ้นตามอายุ สอดคล้องกับงานวิจัยของอำนาจ วังจัน และพิมพ์พร ฟองหล้า⁽⁶⁵⁾ เรื่องดัชนีคุณภาพชีวิตในเขต

กรุงเทพมหานคร พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยจะมีระดับคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมาก ซึ่งผลการวิจัยดังกล่าวแตกต่างกับงานวิจัยของพรเทพ ศิริวนารังสรรค์ และคณะ⁽⁶⁰⁾ ที่ทำการวิจัยคุณภาพชีวิตและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในประเทศไทย พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยผู้ที่มีอายุมากจะมีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้สูงอายุที่อายุน้อย เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีอายุมาก จะมีความสามารถในการปรับตัว รวมทั้งมีประสบการณ์ชีวิตที่มากกว่า จึงทำให้สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างเหมาะสมและมีความสุข จากงานวิจัยของ ศรีเมือง พลั่งฤทธิ์ และเกื้อวงศ์บุญสิน⁽⁶¹⁾ ที่ได้วิจัยเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยตนเอง ครอบครัวและชุมชน พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งสนับสนุนงานวิจัยของ ชนินทร์ เจริญกุล และอังสนา บุญธรรม⁽⁶⁶⁾ ที่ได้วิจัยเรื่องสมรรถนะทางกาย สุขภาพและความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุไทย พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

6.1.3 ระดับการศึกษา

อำนาจ วังจิ้น และพิมพ์พร ฟองหล้า⁽⁶⁵⁾ วิจัยเรื่องดัชนีคุณภาพชีวิตในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ที่ได้รับการศึกษาต่ำ สอดคล้องกับงานวิจัยของ พรเทพ ศิริวนารังสรรค์ และคณะ⁽⁶⁰⁾ เรื่องคุณภาพชีวิตและภาวะซึมเศร้า ของผู้สูงอายุในประเทศไทย พบว่า ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เนื่องจากระดับการศึกษาเป็นพื้นฐานความพร้อมของบุคคล ในการเสริมขีดความสามารถที่จะรับรู้สถานการณ์แวดล้อมในสังคมและช่วยให้มีการพัฒนาความรู้ มีทักษะในการแสวงหาข้อมูล และมีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลตนเอง ทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี บัณฑิต เที่ยงธนสมบัติ⁽⁶⁷⁾ ได้วิจัยเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม การมีกิจกรรมกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับอุดมศึกษา มีความพึงพอใจในชีวิตดีกว่าผู้สูงอายุ ที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาและประถมศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับสูงจะมีความสามารถในการดูแลตนเอง และมีโอกาสเลือกทำกิจกรรมได้มากกว่ากลุ่มที่มีการศึกษาต่ำ โดยการศึกษาเป็นปัจจัยหนึ่ง ที่จะทำให้มีความรู้และความสามารถรู้จักใช้ความรู้และทักษะในการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ได้ดี ซึ่งจะทำให้เกิดความพึงพอใจในชีวิตสูงขึ้น ซึ่งสนับสนุนงานวิจัยของ พรสุวรรณ จารุพันธ์⁽⁶⁸⁾ ในเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยบางประการกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จังหวัดชัยนาท พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีการศึกษาสูงจะมีความรู้

และการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง สามารถคงสภาพทางสังคมที่ดีจะมีคุณภาพชีวิตดี สำหรับงานวิจัยในต่างประเทศ ชาง, ฮวง, ยี และเซง (Zhang, Haung, Ye and Zeng)⁽⁶⁹⁾ ได้วิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีน เมื่อปี พ.ศ.2550 จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 360 คน พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ สันนิษฐานงานวิจัยของ เวียสแมน และแฮนนิช (Wiesmann and Hannich)⁽⁷⁰⁾ ในเรื่องความผาสุกของผู้สูงอายุ ในประเทศเยอรมัน เมื่อปี พ.ศ.2550 จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 170 คน พบว่า ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกของผู้สูงอายุ และงานวิจัยของ ชูติไกร ดันดิชัยวนิช⁽⁶³⁾ ที่วิจัยเรื่องความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดระยอง เมื่อปี พ.ศ.2551 จากจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 400 คน พบว่า ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับความสุขของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีความสุขในชีวิตมากกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาต่ำ

6.1.4 สถานภาพสมรส

สุวัฒน์ ศรีสรณ์ตร์, อรุณ ภาชีน, วันทนีย์ จำเพ็ญ และลักขณา เดิมศิริกุลชัย⁽⁶⁴⁾ วิจัยเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุชนบทจังหวัดนครราชสีมา พบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 โดยผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสอื่นเพราะคู่สมรสมีความ สำคัญกับผู้สูงอายุ เนื่องจากได้ผ่านเหตุการณ์ต่าง ๆ ในชีวิตมาด้วยกันเป็นเวลายาวนาน จึงมีความผูกพัน คอยช่วยเหลือและดูแลซึ่งกันและกัน สอดคล้องกับงานวิจัยของ รัตนาสินธิธรรพ⁽⁷¹⁾ ซึ่งวิจัยเรื่องตัวแปรที่สัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสมุทรปราการ พบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยผู้สูงอายุที่แต่งงานแล้วมีความพึงพอใจในชีวิตสูงกว่าผู้สูงอายุที่โสดและผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรส มีความพึงพอใจสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพหย่าร้าง เนื่องจากกลุ่มคนโสด หม้าย หย่าร้างมักขาดผู้ปลอบโยนให้กำลังใจ และสอดคล้องกับงานวิจัยของ อานาจ วังจัน และพิมพ์พร ฟองหล้า⁽⁶⁵⁾ เรื่องดัชนีคุณภาพชีวิตในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรส มีความพึงพอใจสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพหย่าร้าง เนื่องจากผู้สูงอายุอยู่กับคู่สมรส มีที่ปรึกษา ได้รับความรัก การเอาใจใส่จากคู่สมรส ทำให้รู้สึกมั่นคงในชีวิต รวมทั้งการได้รับการสนับสนุนด้านต่าง ๆ ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งสนับสนุนงานวิจัยของ สุพัตรา ธารานกุล⁽⁷²⁾ ในเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสมีความพึงพอใจในชีวิตสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสโสด

ผู้ที่มีคู่สมรสแล้วจะมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยกันและพบปะสังสรรค์กับเพื่อนฝูงมากกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสอื่น ๆ ส่งผลให้เกิดความพึงพอใจในชีวิตสูง

6.1.5 อาชีพ

สุวัฒน์ ศรีสรณ์, อรนุช ภาชนะ, วันทนีย์ จำเพ็ญ และลักขณา เดิมศิริกุลชัย⁽⁶⁴⁾

วิจัยเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุชนบท จังหวัดนครราชสีมา พบว่าอาชีพมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 สอดคล้องกับงานวิจัยของ พรเทพ ศิริวนารังสรรค์และคณะ⁽⁶⁰⁾ ที่วิจัยเรื่องคุณภาพชีวิต และภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในประเทศไทย พบว่า อาชีพมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

6.1.6 ลักษณะครอบครัว

จารุพันธ์ สมบูรณ์สิทธิ์⁽⁷³⁾ วิจัยเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางประชากรกิจกรรมในการดำเนินชีวิตประจำวัน กับ ความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ เมื่อปี พ.ศ. 2535 กลุ่มตัวอย่างจำนวน 303 คน พบว่า ลักษณะครอบครัวมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิต โดยผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในครอบครัวขยาย จะมีความพึงพอใจในชีวิตสูงกว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในครอบครัวเดี่ยว สอดคล้องกับงานวิจัยของพรเทพ ศิริวนารังสรรค์และคณะ⁽⁶⁰⁾ ที่วิจัยเรื่องคุณภาพชีวิตและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในประเทศไทย พบว่า ลักษณะครอบครัวมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

6.1.7 ภาวะสุขภาพ

ชัยฤทธิ์ โพธิ์สุวรรณ และอรุณี บุญอุรพิภิญโญ⁽⁵⁶⁾ วิจัยเรื่องความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่า ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 โดยผู้สูงอายุที่มีภาวะสุขภาพที่ดีจะมีความพึงพอใจในชีวิตสูง สอดคล้องกับงานวิจัยของบอร์ก, ฮอลเบิร์ก และบลอมควิสต์ (Borg, Hallberg and Blomqvist)⁽⁷⁴⁾ ซึ่งได้วิจัยในเรื่องความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุเช่นเดียวกัน พบว่า ภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งสนับสนุนงานวิจัยของ การาดาเซีย (Garatachea) และคณะ⁽⁷⁵⁾ ที่วิจัยเกี่ยวกับความผาสุกของผู้สูงอายุ ในประเทศสเปน เมื่อปี พ.ศ.2550 กลุ่มตัวอย่างอายุระหว่าง 60 – 98 ปี จำนวน 151 คน พบว่า ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกของผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุที่มีภาวะสุขภาพที่ดี จะมีความผาสุกในระดับสูง และงานวิจัยของชุดิไกรตันดิชัย วนิช⁽⁶³⁾ ในเรื่องความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดระยอง เมื่อปี พ.ศ.2551 จากจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 400 คน พบว่า ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 โดยผู้สูงอายุที่มีสุขภาพที่ดีจะมีความสุขในชีวิตมาก

6.1.8 การเข้าร่วมกิจกรรมของชมรม

สุวัฒน์ ศรีสรณ์, อรุณ ภาชนะ, วันทนี จำเริญ และลักขณา เดิมศิริกุลชัย⁽⁶⁴⁾

วิจัยเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุชนบท จังหวัดนครราชสีมา พบว่า การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 โดยผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกิจกรรมสังคมสูง จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้สูงอายุมีส่วนร่วม ในกิจกรรมทางสังคมต่ำ เพราะการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ จะช่วยให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าคุณภาพชีวิตของตนเอง ยังมีความสามารถและไม่เป็นภาระแก่ผู้อื่น สอดคล้องกับงานวิจัยของพรเทพ ศิริวันรังสรรค์ และคณะ⁽⁶⁰⁾ ที่วิจัยเรื่องคุณภาพชีวิตและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในประเทศไทย พบว่า การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 เพราะการที่ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกิจกรรมจะทำให้ผู้สูงอายุมีการปรับตัวดี มีความภูมิใจในตนเอง ลดภาวะซึมเศร้า ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี บัณฑิต เกียงชนสมบัติ⁽⁶⁷⁾ ได้วิจัยเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม การมีกิจกรรมกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่า การมีกิจกรรมทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งการมีกิจกรรมและมีส่วนร่วมในสังคมของผู้สูงอายุทำให้ผู้สูงอายุสามารถรักษาบทบาทและสถานภาพทางสังคมไว้ได้ มีผลทำให้ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจในชีวิต และสอดคล้องกับงานวิจัยของแมคอูเลย์, มาเควส, เจรอม และเดนเนอร์ (McAuley, Marquez, Jerome and Diener)⁽⁷⁶⁾ ที่วิจัยเกี่ยวกับการออกกำลังกายกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า ผู้สูงอายุที่มีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต

6.2 ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

วาริ กังใจ⁽⁵¹⁾ วิจัยเกี่ยวกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ พบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 โดยผู้สูงอายุที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงจะทำให้เกิดแรงจูงใจในการดูแลตนเอง ทำให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการดูแลตนเองสูง ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีด้วย สอดคล้องกับงานวิจัยของแมคอูเลย์, มาเควส, เจรอม และเดนเนอร์ (McAuley, Marquez, Jerome and Diener)⁽⁷⁶⁾ ที่วิจัยเกี่ยวกับกิจกรรมการออกกำลังกายกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศสหรัฐอเมริกา เมื่อปี พ.ศ.2547 จากจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 174 คน พบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยผู้สูงอายุที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงจะมีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งสนับสนุนงานวิจัยของ เวียสแมน และแฮนนิกซ์ (Wiesmann and Hannich)⁽⁷⁰⁾ ในเรื่อง ความผาสุกของผู้สูงอายุในประเทศเยอรมัน เมื่อปี พ.ศ.2550

จากจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 170 คน พบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์กับความผาสุกของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยผู้สูงอายุที่รู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงจะมีความสุขมาก และงานวิจัยของชุดิไกร ดันดิชัยวนิช⁽⁶³⁾ เรื่องความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดระยอง เมื่อปี พ.ศ.2551 จากจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 400 คน พบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์กับความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 โดยผู้สูงอายุที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูง จะมีความสุขในชีวิตมากจากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ความผาสุก ความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงจะมีคุณภาพชีวิต มีความผาสุกและมีความสุขในชีวิตในระดับสูง

6.3 สัมพันธภาพในครอบครัว

รัตนพรพร โขติวนิช⁽⁷⁷⁾ วิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี พบว่า สัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 โดยผู้สูงอายุที่มีสัมพันธภาพในครอบครัวดีจะมีความพึงพอใจในชีวิตมากกว่าผู้สูงอายุที่มีสัมพันธภาพในครอบครัวที่ไม่ดี ทั้งนี้เพราะคู่สมรส หรือ บุตรหลาน ในครอบครัว สามารถเป็นที่พึ่งและให้กำลังใจแก่ผู้สูงอายุได้ สอดคล้องกับงานวิจัยของ อรุณ อุดมสมฤดี⁽⁷⁸⁾ ได้วิจัย เรื่องสัมพันธภาพในครอบครัวกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลนครสวรรค์ จังหวัดนครสวรรค์ พบว่า สัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยครอบครัวเป็นสถาบันที่ดูแลผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุเป็นผู้ที่ต้องการความรัก ความเอาใจใส่จากครอบครัว ความเคารพยกย่องให้มีความสำคัญ ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเป็นบุคคลที่มีความหมาย แจ็คสัน (Jackson)⁽⁷⁹⁾ วิจัยเรื่องการส่งเสริมคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุ เมื่อปี พ. ศ.2543 พบว่า การมีปฏิสัมพันธ์ภายในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยที่การมีปฏิสัมพันธ์ภายในครอบครัวกันบ่อยครั้ง จะส่งผลให้ระดับคุณภาพชีวิตสูงขึ้น สนับสนุนงานวิจัยของฟิลลิปส์ (Phillips)⁽⁸⁰⁾ เรื่องการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว ความสัมพันธ์กับเพื่อน และความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ หญิงในประเทศฮ่องกง เมื่อปี พ.ศ.2544 จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 60 คน พบว่า สัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ และชุดิไกร ดันดิชัยวนิช⁽⁶³⁾ ได้วิจัย เรื่องความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดระยอง เมื่อปี พ.ศ.2551 จากจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 400 คน พบว่า สัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยผู้สูงอายุที่สัมพันธภาพในครอบครัวดีจะมีความสุขในชีวิตมาก จากการ

ทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่าสัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

6.4 การสนับสนุนทางสังคม

พรสุวรรณ จารุพันธ์⁽⁷⁵⁾ วิจัยเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยบางประการ กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จังหวัดชัยนาท พบว่า การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากจะมีคุณภาพชีวิตที่ดี สอดคล้องกับงานวิจัยของ โจนส์ (Jones) และคณะ⁽⁸¹⁾ ได้วิจัยเรื่องการรับรู้ และจิตสังคมต่อความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ ในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.001 ซึ่งสนับสนุนงานวิจัยของ ฟิลลิปส์ และเซง (Phillips and Cheng)⁽⁸²⁾ ซึ่งวิจัยเกี่ยวกับ แรงสนับสนุนทางสังคมและความพึงพอใจในชีวิตในประเทศฮ่องกง เมื่อปี พ.ศ. 2550 จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 518 คน พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยผู้สูงอายุที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมดีจะมีความพึงพอใจในชีวิตสูง และงานวิจัยของซุติไกร ตันดิชัยวนิช⁽⁶³⁾ เรื่องความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดระยอง เมื่อปี พ.ศ.2551 จากจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 400 คน พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความสูงในชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมดีจะมีความสุขในชีวิตมาก จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับ คุณภาพชีวิต และความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ

จากการทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ที่ได้กล่าวมาข้างต้น สรุปได้ว่าการที่จะทำให้ผู้สูงอายุดำเนินชีวิตอย่างมีคุณภาพ หมายถึงว่าผู้สูงอายุต้องมีสุขภาพดีทั้งกายและใจ อยู่ในสังคมได้อย่างมีศักดิ์ศรีและเหมาะสม โดยมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ กล่าวคือ ลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ลักษณะครอบครัว ภาวะสุขภาพ ความรู้สึกรู้สีกมีคุณค่าในตนเอง สัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ น่าจะมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ สำหรับการวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุระหว่าง 60 – 79 ปีที่อาศัยอยู่ในเขตชนบท อำเภอวังน้ำเขียว จังหวัดนครราชสีมา ตัวแปรที่นำมาวิจัยครอบคลุมทั้งทางร่างกาย จิตใจ และทางสังคมของผู้สูงอายุ เพื่อนำผลงานวิจัยไปวางแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำ SF – 36V2.0 มาใช้วัดคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุดังกล่าวแล้ว

บทที่ 3

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบภาคตัดขวาง (Cross – sectional Study) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชนบทอำเภอวังน้ำเขียว จังหวัดนครราชสีมา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุทั้งหมด ที่อาศัยอยู่ในอำเภอวังน้ำเขียว จังหวัดนครราชสีมา ซึ่งมีจำนวน 3,926 คน โดยผู้วิจัยกำหนดขอบเขตการวิจัยไว้ดังนี้

1.1 เกณฑ์การคัดเข้า

1.1.1 อายุ 60 – 79 ปี

1.1.2 พักอาศัยอยู่ในอำเภอวังน้ำเขียว จังหวัดนครราชสีมา

อย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป

1.1.3 สามารถพูดคุยสื่อสารได้โดยใช้ภาษาไทย

1.1.4 เป็นผู้ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยในครั้งนี้

1.2 เกณฑ์การคัดออก

ผู้สูงอายุที่มีปัญหาในการรับรู้และมีความพิการ ได้แก่ พิการทางการเคลื่อนไหว พิการทางสติปัญญา ตาบอดและหูหนวก

2. กลุ่มตัวอย่าง

2.1 การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 – 79 ปี ที่พักอาศัยอยู่ในอำเภอวังน้ำเขียว จังหวัดนครราชสีมา อย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป การกำหนดขนาดของกลุ่ม

ตัวอย่าง เมื่อทราบประชากรที่แน่ชัด โดยใช้สูตรของเดเนียล (Daniel)⁽⁸³⁾ จากผลการวิจัยเรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุชนบท จังหวัดนครราชสีมา”⁽⁶⁴⁾ พบว่าร้อยละของผู้สูงอายุที่มีคุณภาพชีวิตที่ดี เท่ากับ 16.8

สูตรในการคำนวณ

$$n = \frac{Z^2 \alpha_2 NP (1 - P)}{Z^2 \alpha_2 P (1 - P) + Nd^2}$$

- เมื่อ N = ขนาดประชากรที่ทราบทั้งหมด ซึ่งเท่ากับ 3,926 คน
 n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง
 $Z_{0.05/2}$ = ค่าสถิติมาตรฐานภายใต้โค้งปกติ มีค่าเท่ากับ 1.96
 d = ค่าความคลาดเคลื่อนสมบูรณ์สูงสุดที่ยอมรับให้เกิดขึ้น
 ได้ $0.168 \times 0.20 = 0.03$
 P = สัดส่วนของผู้สูงอายุที่มีคุณภาพชีวิตที่ดี เท่ากับ 0.168

แทนค่าในสูตร

$$n = \frac{(1.96)^2 (3,926)(0.168)(1 - 0.168)}{(1.96)^2 (0.168)(1 - 0.168) + (3,926 \times 0.03^2)}$$

จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ต้องมีจำนวนไม่น้อยกว่า 425 คน เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างครบตามสูตรการคำนวณกลุ่มตัวอย่าง และมีคุณสมบัติไม่ตรงตามที่กำหนดไว้ของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างขึ้นอีกร้อยละ 10 ดังนั้นจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้เท่ากับ 475 คน

2.2 การสุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ทำการเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยการสุ่มแบบกลุ่ม 2 ขั้นตอน (Two Stages Cluster Sampling) ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสุ่มหมู่บ้าน

1. กำหนดจำนวน Cluster ที่ต้องการสำรวจทั้งอำเภอ คือ 30 หมู่บ้าน โดยนำจำนวนประชากรผู้สูงอายุที่อายุระหว่าง 60 – 79 ปี ทุกหมู่บ้านทั้งอำเภอ รวม 83 หมู่บ้าน มาเรียงต่อกัน และหาจำนวนประชากรสะสม

2. คำนวณหาค่า I (Sampling Interval) ช่วงที่ใช้ในการสุ่มตัวอย่าง

$$I = \frac{\text{จำนวนประชากรทั้งหมด}}{\text{จำนวน Cluster}} = \frac{3,926}{30} = 131$$

3. สุ่มหาตัวเลขตั้งต้นโดยตั้งแต่ 1 ถึง $I = 131$ โดยวิธีการจับสลาก ได้ $R = 115$ โดยพิจารณาเทียบกับค่าประชากรผู้สูงอายุสะสม แล้วเลือกหมู่บ้านซึ่งช่วงจำนวนประชากรผู้สูงอายุสะสมครอบคลุมค่า $R = 115$ และค่าที่อยู่ใน Cluster ต่อไป

4. หา Cluster ต่อไป โดยเอา $I = 131$ บวกกับตัวเลขใน Cluster ที่ผ่านมา ได้แก่ $R, R+I, R+2I, \dots, R+29I$

ขั้นตอนที่ 2 การสุ่มประชากรผู้สูงอายุ

นำรายชื่อผู้สูงอายุของแต่ละหมู่บ้านที่สุ่มได้จากขั้นตอนที่ 1 มาจับสลากแบบไม่คืนที่ หมู่บ้านละ 16 คน จนครบตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการทั้งหมด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยได้ประยุกต์และพัฒนาจากงานวิจัยต่าง ๆ ตามแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องและตัวแปรต่าง ๆ ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เป็นแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป จำนวน 9 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ ลักษณะครอบครัว ภาวะสุขภาพ การเป็นสมาชิกชมรม และการได้รับการอบรม เป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบและคำถามแบบปลายเปิด

ส่วนที่ 2 เป็นแบบสัมภาษณ์ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ จำนวน 15 ข้อ โดยใช้เครื่องมือวัดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของคูเปอร์สมิท (Coopersmith) เป็น

แบบวัดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) ชนิด 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และ น้อยที่สุด

ส่วนที่ 3 เป็นแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับสัมพันธภาพในครอบครัวของผู้สูงอายุ จำนวน 14 ข้อ โดยใช้แบบสัมภาษณ์ ที่สร้างจากการรวบรวมแนวคิดสัมพันธภาพของมาร์โรว์ และวิลสัน (Morrow and Wilson) แบบวัดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) ชนิด 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด

ส่วนที่ 4 เป็นแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม จำนวน 10 ข้อ เครื่องมือที่ใช้มาจากการรวบรวมแนวคิดของการสนับสนุนทางสังคมของคอบบ์ (Cobb)⁽⁵⁸⁾ และแนวคิดของเชฟเฟอร์, คอยน์ และลาซารัส (Schaefer, Coyne and Lazarus)⁽⁵⁹⁾ เป็นแบบวัดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) ชนิด 3 ระดับ คือ ได้รับการสนับสนุนเป็นประจำ บางครั้ง และไม่เคย โดยแบ่งด้านการได้รับการสนับสนุนทางสังคมเป็น 4 ด้าน ได้แก่ จากบุตรหลานหรือญาติ จากเพื่อนบ้าน จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และจากองค์กรของรัฐหรือเอกชน

ส่วนที่ 5 เป็นแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ จำนวน 36 ข้อ เป็นแบบวัดคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ SF- 36 V.2.0 ฉบับภาษาไทย แบ่งเป็น 8 มิติ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนข้อคำถามในแบบวัดคุณภาพชีวิต SF - 36V2.0

มิติ	ข้อคำถาม	จำนวนข้อคำถาม
การทำหน้าที่ของร่างกาย (Physical functioning)	3.1 – 3.10	10
การทำหน้าที่ตามบทบาทร่างกาย (Role – physical)	4.1 – 4.4	4
ความเจ็บปวดทางร่างกาย (Bodily pain)	7, 8	2
การรับรู้สุขภาพโดยทั่วไป (General health)	1, 11.1 – 11.4	5
การทำหน้าที่ทางสังคม (Social functioning)	6, 10	2
ด้านพลังกำลัง (Vitality)	9.1, 9.5, 9.7, 9.9	4
ด้านภาวะทางอารมณ์ (Role – emotional)	5.1 – 5.3	3
ด้านสุขภาพจิต (Mental health)	9.2, 9.3, 9.4, 9.6, 9.8	5
รายงานการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพ (Report Health Transition)	2	1

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ
2. ทดสอบค่าความเชื่อมั่น จากผู้สูงอายุตำบลวังกระทะ อำเภอบางละมุง จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 30 ตัวอย่าง จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้ค่า (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์แต่ละตัวแปร ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 2 ค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์ จำแนกตามตัวแปร

ตัวแปร	ค่าความเชื่อมั่น
ความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง	0.83
สัมพันธภาพในครอบครัว	0.86
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพทางร่างกาย	0.93
มิติการทำหน้าที่ของร่างกาย	0.91
มิติการทำหน้าที่ตามบทบาทร่างกาย	0.91
มิติความเจ็บปวดทางร่างกาย	0.81
มิติการรับรู้สุขภาพโดยทั่วไป	0.72
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพทางจิตใจ	0.89
มิติการทำหน้าที่ทางสังคม	0.75
มิติด้านพละกำลัง	0.71
มิติด้านภาวะทางอารมณ์	0.90
มิติด้านสุขภาพจิต	0.77

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บข้อมูลด้วยตนเองและพนักงานสัมภาษณ์ โดยอบรมเพื่อชี้แจงรายละเอียด ของแบบสัมภาษณ์ ข้อกำหนดเกณฑ์การคัดเข้า – คัดออก และทดสอบโดยให้พนักงานสัมภาษณ์นำเครื่องมือไปเก็บข้อมูลในพื้นที่ที่ทำการทดสอบค่าความเชื่อมั่น แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาข้อผิดพลาดที่เกิดขึ้นของพนักงานสัมภาษณ์และปรับปรุงแก้ไข หลังจากนั้นทำการเก็บในพื้นที่วิจัยจริง โดยมี

ผู้วิจัยขอให้คำแนะนำ เก็บข้อมูลหลังจากได้รับการอนุมัติจากกรรมการจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยมหิดล

ตารางที่ 3 คะแนนที่เป็นไปได้และการแบ่งกลุ่ม ตามแบบวัดคุณภาพชีวิต SF – 36V 2.0

ตัวแปร	คะแนนที่เป็นไปได้	ไม่น่าพอใจ	พอใจ
	ต่ำสุด – สูงสุด		
1. คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ได้แก่ มิติ การทำหน้าที่ของร่างกาย มิติการทำ หน้าที่ตามบทบาท มิติความเจ็บปวด ทางร่างกาย มิติการรับรู้สุขภาพโดย ทั่วไป	0 – 100	< มัธยฐาน	≥ มัธยฐาน
2. คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ ได้แก่ มิติการ ทำหน้าที่ทางสังคม มิติด้านพลังกำลัง มิติด้านภาวะทางอารมณ์ มิติด้าน สุขภาพจิต	0 – 100	< มัธยฐาน	≥ มัธยฐาน

ตารางที่ 4 คะแนนที่เป็นไปได้และการแบ่งกลุ่ม ตามแบบวัดความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สัมพันธภาพ
ในครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคม

ตัวแปร	คะแนนที่เป็นไปได้	ต้องปรับปรุง	ปานกลาง	ดี
	ต่ำสุด – สูงสุด			
ความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง	15 – 75	15 - 50	51 – 62	63 – 75
สัมพันธภาพในครอบครัว	14 – 70	14 - 47	48 – 58	59 – 70
การสนับสนุนทางสังคม	0 – 80	0 - 47	48 – 63	64 – 80

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิจัย

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) เพื่อสรุปข้อมูลที่ได้จากการวิจัย อธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยหาค่าความถี่และร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน นำเสนอข้อมูลในรูปแบบตาราง

2. สถิติอนุมาน (Inferential statistics) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ ลักษณะครอบครัว ภาวะสุขภาพ การเป็นสมาชิกชมรมและการได้รับการอบรม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชนบท อำเภอวังน้ำเขียว จังหวัดนครราชสีมา วิเคราะห์โดยไคสแควร์ (Chi – Square) สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) และการวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression) โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p \leq 0.05$

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

1. ชี้แจงให้ผู้ยินยอมตนทราบถึงวิธีการ ประโยชน์และสิ่งที่จะเกิดขึ้นขณะทำวิจัย
2. ต้องได้รับคำยินยอมจากผู้เข้าร่วมวิจัยทุกราย
3. ผู้เข้าร่วมวิจัยมีสิทธิบอกเลิกการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลา ไม่ว่าด้วยเหตุผลใด โดยไม่มีผลกระทบเชิงลบแต่อย่างใด
4. ข้อมูลชื่อ นามสกุล และข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลจะไม่ถูกเผยแพร่ การนำเสนอผลจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น

งานวิจัยนี้ผู้วิจัยได้รับอนุญาตจากคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนเกี่ยวกับการทดลองในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหิดล (ภาคผนวก ข)

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชนบท อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดนครราชสีมา และวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ได้แก่ ลักษณะส่วนบุคคล ความรู้สึกลึกมีคุณค่าในตนเอง สัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้การสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ ที่มีคุณสมบัติตรงตามที่คุณวิจัยกำหนดไว้ จำนวน 478 คน ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล ระหว่างวันที่ 1 มิถุนายน 2553 – 31 กรกฎาคม 2553 ซึ่งผลการวิจัย นำเสนอตามลำดับ ดังนี้

4.1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

4.2 คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

4.3 ความรู้สึกลึกมีคุณค่าในตนเอง สัมพันธภาพในครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคม

4.4 ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะส่วนบุคคล ความรู้สึกลึกมีคุณค่าในตนเอง สัมพันธภาพในครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

4.1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้สูงอายุเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ร้อยละ 55.6 และร้อยละ 44.4 ตามลำดับ มากกว่าครึ่งหนึ่งมีอายุระหว่างอายุ 60 – 69 ปี ร้อยละ 59.8 โดยมีอายุเฉลี่ย 68 ปี ผู้สูงอายุ 2 ใน 3 (68.8%) มีระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา รองลงมา คือ ไม่ได้รับการศึกษาร้อยละ 27.8 ผู้สูงอายุ ร้อยละ 62.1 มีสถานภาพสมรสคู่ รองลงมา คือ หม้าย/หย่าร้าง หรือแยกกันอยู่ร้อยละ 35.0 ผู้สูงอายุที่ยังประกอบอาชีพร้อยละ 55.6 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 24.3 รองลงมา รับจ้างทั่วไปร้อยละ 23.0 ลักษณะของครอบครัวของผู้สูงอายุ พบว่า ครึ่งหนึ่งอยู่แบบครอบครัวขยาย (50.4%) รองลงมา ครอบครัวเดี่ยว (41.8%) และผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่คนเดียวมีเพียง ร้อยละ 7.8 ภาวะสุขภาพตามการรับรู้ของผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุระบุว่าไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 52.3 ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวร้อยละ 47.7 โดยโรคเรื้อรังที่พบมาก ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 29.8 รองลงมาคือ โรคความดัน

โลหิตสูง และโรคข้อเสื่อม ร้อยละ 25.4 และโรคเบาหวานร้อยละ 10.5 ผู้สูงอายุเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ เข้าร่วมกิจกรรมบางครั้งและไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมร้อยละ 28.2 และ 25.3 ตามลำดับ ส่วนผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกของชมรมและเข้าร่วมกิจกรรมทุกครั้ง มีเพียงร้อยละ 15.5 ผู้สูงอายุ 2 ใน 3 (67.2%) ไม่ได้รับการอบรมพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุ 478 คน จำแนกตามลักษณะส่วนบุคคล

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	266	55.6
ชาย	212	44.4
อายุ (ปี)		
60 – 69	286	59.8
70 – 79	192	40.2
ค่าเฉลี่ย = 68.2 ค่ามัธยฐาน = 67 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 5.9		
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	329	68.8
ไม่ได้เรียนหนังสือ	133	27.8
มัธยมศึกษา หรือสูงกว่า	16	3.4
สถานภาพสมรส		
สมรส	297	62.1
หม้าย หย่า แยกกันอยู่	167	35.0
โสด	14	2.9
อาชีพ		
ไม่ได้ทำงาน	212	44.4
เกษตรกร	116	24.3
รับจ้างทั่วไป	110	23.0
ค้าขาย	34	7.1
ข้าราชการบำนาญ	6	1.2

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุ 478 คน จำแนกตามลักษณะส่วนบุคคล (ต่อ)

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ลักษณะของครอบครัว		
ครอบครัวขยาย	241	50.4
ครอบครัวเดี่ยว	200	41.8
อยู่คนเดียว	37	7.8
ภาวะสุขภาพ (ตามการรับรู้ของตนเอง)		
ไม่มีโรคประจำตัว	250	52.3
มีโรคประจำตัว	228	47.7
โรคประจำตัว (จำนวน 228 คน)		
โรคความดันโลหิตสูง	68	29.8
โรคความดันโลหิตสูงและโรคข้อเสื่อม	58	25.4
โรคเบาหวาน	34	10.5
โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน	19	8.3
โรคมะเร็ง	15	6.6
โรคหัวใจ	11	4.8
โรคข้อเสื่อม	7	3.1
โรคเบาหวานและโรคข้อเสื่อม	7	3.1
โรคหอบหืด	5	2.2
โรคไต	4	1.8
การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ		
ไม่เป็น	148	31.0
เป็นแต่เข้าร่วมกิจกรรมบางครั้ง	135	28.2
เป็นแต่ไม่เคยเข้าร่วมกิจกรรม	121	25.3
เป็นและเข้าร่วมกิจกรรมทุกครั้ง	74	15.5
การได้รับการอบรมพัฒนาคุณภาพชีวิต		
ไม่ได้รับ	321	67.2
ได้รับมากกว่า 1 ครั้ง	87	18.2
ได้รับ 1 ครั้ง	70	14.6

4.2 คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุมีความพอใจกับคุณภาพชีวิตด้านร่างกายร้อยละ 50.4 และพอใจด้านจิตใจร้อยละ 52.7 เมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตด้านร่างกายพบว่า ผู้สูงอายุพอใจในมิติด้านการรับรู้สุขภาพโดยทั่วไป สูงสุด คิดเป็นร้อยละ 48.7 รองลงมาพอใจในมิติด้านการทำหน้าที่ของร่างกายร้อยละ 42.3 คุณภาพชีวิตด้านจิตใจพบว่า ผู้สูงอายุพอใจมิติด้านสุขภาพจิตสูงสุด คิดเป็นร้อยละ 45.6 รองลงมามีมิติด้านภาวะทางอารมณ์ร้อยละ 41.4 (ตารางที่ 6) ผู้สูงอายุมีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านจิตใจเท่ากับ 60.2 โดยมีค่าต่ำสุด 21.4 ค่าสูงสุด 100 และมีค่าเฉลี่ยด้านร่างกายเท่ากับ 59.3 ค่าต่ำสุด 8.3 ค่าสูงสุด 98.9 (ตารางที่ 7)

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุ 478 คน จำแนกตามระดับคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ	พอใจ	
	จำนวน	ร้อยละ
สุขภาพทางด้านร่างกาย	241	50.4
การทำหน้าที่ของร่างกาย	202	42.3
การทำหน้าที่ตามบทบาทร่างกาย	200	41.8
ความเจ็บปวดทางร่างกาย	163	34.1
การรับรู้สุขภาพโดยทั่วไป	233	48.7
สุขภาพทางด้านจิตใจ	252	52.7
การทำหน้าที่ทางสังคม	177	37.0
ด้านพละกำลัง	196	41.0
ด้านภาวะทางอารมณ์	198	41.4
ด้านสุขภาพจิต	218	45.6

ตารางที่ 7 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุดและค่าสูงสุดของผู้สูงอายุ 478 คน
จำแนกตามระดับคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	ค่า มัธยฐาน	ค่าต่ำสุด	ค่าสูงสุด
สุขภาพทางด้านร่างกาย	59.3	18.3	59.5	8.3	98.9
การทำหน้าที่ของร่างกาย	66.5	25.3	70.0	5.0	100.0
การทำหน้าที่ตามบทบาทร่างกาย	55.9	21.4	50.0	0.0	100.0
ความเจ็บปวดทางร่างกาย	58.2	21.8	62.5	0.0	100.0
การรับรู้สุขภาพโดยทั่วไป	48.2	15.3	45.0	0.0	95.0
สุขภาพทางด้านจิตใจ	60.2	15.6	57.1	21.4	100.0
การทำหน้าที่ทางสังคม	61.9	21.3	62.5	0.0	100.0
ด้านพลังกำลัง	56.7	17.9	56.3	0.0	95.0
ด้านภาวะทางอารมณ์	58.7	21.6	50.0	0.0	100.0
ด้านสุขภาพจิต	63.1	18.0	60.0	10.0	100.0

จากรายงานการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพ พบว่า ผู้สูงอายุมีสุขภาพโดยทั่วไป อยู่ในระดับดีและดีมาก ร้อยละ 56.0 อยู่ในระดับแย่และแย่มาก ร้อยละ 7.5 เมื่อเปรียบเทียบสุขภาพปีนี้กับปีที่แล้วอยู่ในระดับแย่และแย่มาก ร้อยละ 34.5 อยู่ในระดับดีและดีมาก ร้อยละ 8.4 เมื่อพิจารณารายข้อแยกตามมิติ พบว่า มิติด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย พบว่า กิจกรรมที่ผู้สูงอายุทำไม่ได้เลย เกี่ยวกับกิจกรรมที่ต้องออกแรงมาก เช่น วิ่ง ขกของหนัก เล่นกีฬาที่ใช้กำลังมาก ร้อยละ 32.8 รองลงมาเดินระยะทางมากกว่า 1 กิโลเมตร และเดินระยะทาง 1 กิโลเมตร ร้อยละ 27.4 และ 20.7 ตามลำดับ (ตารางที่ 8) มิติด้านการทำหน้าที่ตามบทบาทร่างกาย พบว่า ปัญหาสุขภาพกายทำให้ผู้สูงอายุทำงานเสร็จน้อยกว่าที่อยากจะทำบ่อยครั้งและตลอดเวลา ร้อยละ 20.7 มิติด้านความเจ็บปวดทางร่างกาย พบว่า ผู้สูงอายุมีอาการเจ็บปวดตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกายบ่อยครั้งและตลอดเวลา ร้อยละ 22.8 (ตารางที่ 10) มิติด้านการรับรู้สุขภาพโดยทั่วไป พบว่า ผู้สูงอายุเห็นด้วยและเห็นด้วยอย่างยิ่งว่าจะเจ็บป่วยง่ายกว่าคนอื่นทั่วไป ร้อยละ 34.5 (ตารางที่ 9)

ตารางที่ 8 ร้อยละของผู้สูงอายุ 478 คน จำแนกตามคุณภาพชีวิตด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย

การทำหน้าที่ของร่างกาย	ทำ ไม่ได้	ทำได้ น้อย	ทำได้ ปกติ
กิจกรรมที่ต้องออกแรงมาก เช่น วิ่ง ขกของหนัก เล่นกีฬาที่ใช้กำลัง มาก เช่น แบดมินตัน	32.8	44.6	22.6
เดินระยะทางมากกว่า 1 กิโลเมตร	27.4	38.9	33.7
เดินระยะทาง 1 กิโลเมตร	20.7	39.7	39.5
ขึ้นบันไดมากกว่า 2 ชั้น เช่น เดินขึ้นบันไดจากชั้น 1 ไปชั้น 3	16.1	42.7	41.2
กิจกรรมที่ออกแรงปานกลาง เช่น เคลื่อนย้ายโต๊ะ เก้าอี้ กวาดดูบ้าน	11.3	38.7	50.0
ขึ้นบันได 1 ชั้น จากชั้น 1 ไปชั้น 2	10.3	43.9	45.8
เดินระยะทางประมาณ 200 – 300 เมตร	10.0	42.7	47.3
ยกของหรือหิ้วของเวลาไปวัด หรือไปจ่ายตลาด	10.0	32.4	57.5
ก้มหยิบของหรือคุกเข่า	7.5	36.6	55.9
อาบน้ำ หรือแต่งตัว	0.6	15.1	84.3

ตารางที่ 9 ร้อยละของผู้สูงอายุ 478 คน จำแนกตามคุณภาพชีวิตด้านการรับรู้สุขภาพโดยทั่วไป

การรับรู้สุขภาพโดยทั่วไป	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ ทราบ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
เจ็บป่วยง่ายกว่าคนอื่นทั่วไปเล็กน้อย	2.5	32.0	39.7	18.6	7.1
สุขภาพจะแย่ลงกว่าเดิม	4.6	20.7	56.3	11.9	6.5
มีสุขภาพดีเยี่ยม	5.4	23.8	46.2	19.0	5.4
มีสุขภาพดีเหมือนกับคนอื่น ๆ	7.5	27.2	44.8	17.6	2.9

ตารางที่ 10 ร้อยละของผู้สูงอายุ 478 คน จำแนกตามคุณภาพชีวิตด้านการทำหน้าที่ตามบทบาทร่างกายและด้านความเจ็บปวดทางร่างกาย

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ	ตลอดเวลา	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	น้อยครั้ง	ไม่เลย
ด้านการทำหน้าที่ตามบทบาทร่างกาย					
ทำงานเสร็จน้อยกว่าที่อยากจะทำ	1.9	18.8	49.4	16.7	13.2
ปัญหาสุขภาพกายทำให้ผู้สูงอายุใช้เวลา	1.9	15.1	54.4	13.8	14.9
ทำงานหรือกิจวัตรประจำวันได้น้อยลง					
ทำกิจวัตรประจำวันได้ลำบากกว่าเดิม เช่น	3.1	12.6	54.8	15.1	14.4
ต้องใช้ความพยายามมากขึ้น หรือต้องใช้					
แรงมากขึ้น					
ต้องใช้ความพยายามมากขึ้นในการทำงาน	3.3	14.6	51.3	16.3	14.4
หรือกิจวัตรประจำวันบางอย่างที่เคยทำได้					
ด้านความเจ็บปวดทางร่างกาย					
มีอาการเจ็บปวดตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย	2.1	20.7	35.8	30.8	10.7
อาการเจ็บปวดที่เกิดขึ้น รบกวนต่อการ	1.0	16.1	38.3	32.8	11.7
ทำงาน					

มิติด้านการทำหน้าที่ทางสังคม พบว่า ปัญหาทางด้านร่างกายหรือจิตใจของผู้สูงอายุมีผลรบกวนต่อการทำกิจกรรมทางสังคมบ่อยครั้งและตลอดเวลา ร้อยละ 16.9 มิติด้านพลังกำลัง พบว่า ผู้สูงอายุรู้สึกว่ามีพลังน้อยลง มีความตึงตัวมาก น้อยครั้งและไม่เคยเลย ร้อยละ 23.5 มิติด้านภาวะทางอารมณ์ พบว่า ปัญหาสุขภาพทางด้านจิตใจหรืออารมณ์ทำให้ผู้สูงอายุทำงานหรือกิจกรรมต่าง ๆ ได้้อย่างละเอียดรอบคอบได้น้อยกว่าปกติ บ่อยครั้งและตลอดเวลา ร้อยละ 15.9 มิติด้านสุขภาพจิต พบว่า ผู้สูงอายุรู้สึกตึงเครียดบ่อยครั้งและตลอดเวลา ร้อยละ 20.3 (ตารางที่ 11)

ตารางที่ 11 ร้อยละของผู้สูงอายุ 478 คน จำแนกตามคุณภาพชีวิตด้านการทำหน้าที่ทางสังคม ด้าน
พลละกำลัง ด้านภาวะทางอารมณ์ และด้านสุขภาพจิต

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ	ตลอดเวลา	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	น้อยครั้ง	ไม่เลย
ด้านการทำหน้าที่ทางสังคม					
ปัญหาทางด้านร่างกายหรือจิตใจมีผลรบกวน	1.0	15.9	36.0	26.4	20.7
ต่อการทำกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุ กับครอบครัว เพื่อนฝูง เพื่อนบ้าน หรือคน อื่น ๆ					
ทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถไปร่วมงานสังคม เช่น ไปพบปะเพื่อนฝูงหรือญาติพี่น้อง	0.8	10.7	50.0	19.0	19.5
ด้านพลละกำลัง					
เต็มไปด้วยพลัง มีความตื่นตัวมาก	8.8	22.2	45.6	19.9	3.6
เหน็ดเหนื่อย	7.5	15.5	55.2	13.6	8.2
เหนื่อยล้าในชีวิต	2.5	13.2	45.2	19.7	19.5
สลดซึม กระปรี้กระเปร่า	21.8	24.7	41.6	10.0	1.9
ด้านภาวะทางอารมณ์					
ทำงานหรือกิจกรรมต่าง ๆ ได้อย่างละเอียด รอบคอบได้น้อยกว่าปกติ	1.5	14.4	54.6	13.0	16.5
ทำงานเสร็จน้อยกว่าที่อยากจะทำ	0.6	14.0	50.2	17.8	17.4
ปัญหาสุขภาพทางด้านจิตใจหรืออารมณ์ ทำให้ใช้เวลาทำงานหรือกิจวัตรประจำวัน ได้น้อยลง	0.8	10.5	55.9	15.3	17.6
ด้านสุขภาพจิต					
ตื่นตกใจง่าย	1.5	18.8	40.0	19.9	19.9
ท้อแท้ใจและซึมเศร้า	1.7	10.7	40.8	23.2	23.6
ซึมเศร้าหรือเต็มไปด้วยความทุกข์	1.0	10.9	40.8	24.5	22.8
มีความสุขดี	24.1	27.8	37.7	8.6	1.9
สุขสงบ	14.9	29.7	46.9	5.6	2.9

4.3 ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สัมพันธภาพในครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคม

4.3.1 ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

ผู้สูงอายุมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง อยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 51.9 ต้องปรับปรุงร้อยละ 35.8 และอยู่ในระดับดีเพียง ร้อยละ 12.3 (ตารางที่ 12) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ผู้สูงอายุมีความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่ามากและมากที่สุด เกี่ยวกับความภาคภูมิใจในตนเองที่สามารถเป็นที่พึ่งทางใจให้ความอบอุ่นแก่ลูกหลานได้ ร้อยละ 73.9 รองลงมา รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าและมีความสำคัญต่อครอบครัว ร้อยละ 69.8 และรู้สึกว่าคนในครอบครัวมีความอบอุ่นเมื่ออยู่ใกล้ชิดกับผู้สูงอายุ ร้อยละ 69.6 (ตารางที่ 13)

ตารางที่ 12 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุ 478 คน จำแนกตามระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

ระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ	จำนวน	ร้อยละ
ดี	59	12.3
ปานกลาง	248	51.9
ต้องปรับปรุง	171	35.8

ตารางที่ 13 ร้อยละของผู้สูงอายุ 478 คน จำแนกตามความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองรายข้อ

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
มีความภาคภูมิใจในตนเองที่สามารถเป็นที่พึ่งทางใจให้	1.0	3.6	21.5	56.5	17.4
ความอบอุ่นแก่ลูกหลานได้					
มีคุณค่าและมีความสำคัญต่อครอบครัว	0.2	5.0	24.9	53.1	16.7
คนในครอบครัวมีความอบอุ่นเมื่ออยู่ใกล้ชิด	0.2	3.8	26.4	55.2	14.4
ประสบความสำเร็จพอที่จะยกเป็นตัวอย่างแก่ลูกหลานได้	0.0	3.6	29.9	56.7	9.8
เป็นผู้ที่มีประโยชน์ต่อครอบครัว	0.8	5.4	27.4	50.0	16.3
สามารถทำกิจการงานในบ้านได้เป็นอย่างดี	1.3	5.2	27.6	52.5	13.4
ภูมิใจในความรู้ ความสามารถของตนเอง	0.4	3.3	32.0	49.6	14.6
มีส่วนช่วยแบ่งเบาภาระของคนในบ้าน	1.0	4.4	32.2	47.5	14.9
ได้รับการเคารพยกย่องจากคนอื่นในครอบครัวและในสังคม	0.2	3.6	37.7	49.8	8.8

ตารางที่ 13 ร้อยละของผู้สูงอายุ 478 คน จำแนกตามความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองรายข้อ (ต่อ)

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
ประสบการณ์ในชีวิตที่ผ่านมา มีประโยชน์ที่จะถ่ายทอดให้คนในครอบครัวได้เรียนรู้	0.4	7.5	34.5	44.8	12.8
มีความสามารถเมื่อเทียบกับคนในวัยเดียวกัน	0.8	8.6	42.3	43.5	4.8
เป็นที่ชื่นชอบของคนในวัยเดียวกัน	1.0	6.9	45.0	43.3	3.8
เป็นที่ปรึกษาเรื่องต่าง ๆ ให้แก่คนอื่นได้	0.8	9.8	42.5	41.6	5.2
เป็นที่น่าเชื่อถือในสายตาของคนอื่น	0.6	4.8	50.2	40.0	4.4
ยังมีเพื่อนสนิทที่คบหากันอยู่	2.9	13.8	46.2	32.2	4.8

4.3.2 สัมพันธภาพในครอบครัว

สัมพันธภาพในครอบครัวของผู้สูงอายุ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 54.6 ต้องปรับปรุง ร้อยละ 31.4 และอยู่ในระดับดีเพียง ร้อยละ 14.0 (ตารางที่ 14) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า สัมพันธภาพในครอบครัวของผู้สูงอายุที่มากและมากที่สุด เกี่ยวกับความรู้สึกผูกพันใกล้ชิดกับคนในครอบครัว ร้อยละ 72.8 รองลงมา รู้สึกว่าคนในครอบครัวให้การดูแลและรับฟังปัญหาด้วยความเอาใจใส่เมื่อเจ็บป่วยหรือทุกข์ใจ ร้อยละ 69.8 และรู้สึกว่าคนในครอบครัวทำให้รู้สึกอบอุ่นและสบายใจ ร้อยละ 68.6 (ตารางที่ 15)

ตารางที่ 14 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุ 478 คน จำแนกตามระดับสัมพันธภาพในครอบครัว

ระดับสัมพันธภาพในครอบครัวของผู้สูงอายุ	จำนวน	ร้อยละ
ดี	67	14.0
ปานกลาง	261	54.6
ต้องปรับปรุง	150	31.4

ตารางที่ 15 ร้อยละของผู้สูงอายุ 478 คน จำแนกตามสัมพันธภาพในครอบครัวรายข้อ

สัมพันธภาพในครอบครัว	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
ความรู้สึกผูกพันใกล้ชิด	0.2	3.1	23.8	52.7	20.1
เมื่อเจ็บป่วยหรือทุกข์ใจ ให้การดูแลและรับฟังปัญหาด้วยความใส่ใจ	0.6	4.8	24.7	55.4	14.4
ความรู้สึกอบอุ่นและสบายใจ	0.2	2.5	28.7	53.1	15.5
ให้ความเคารพเชื่อฟัง และเห็นความสำคัญ	0.8	2.5	29.9	57.7	9.0
ใช้เวลาพักผ่อนส่วนใหญ่อยู่กับคนในครอบครัว เช่น ดูโทรทัศน์ อ่านหนังสือ ฯลฯ	1.7	6.1	24.9	50.6	16.7
ความมั่นใจว่าคนในครอบครัวจะให้การดูแลตลอดไป	0.6	2.7	30.5	45.6	20.5
มีความสามัคคี รักใคร่กันช่วยเหลือเกื้อกูลกัน ดูแลเอาใจใส่และห่วงใยซึ่งกันและกัน	0.4	3.6	29.9	47.1	19.0
ได้รับการดูแลเอาใจใส่ เช่นเดียวกับผู้สูงอายุทั่วไป	0.4	2.7	31.2	57.1	8.6
พูดจาอ่อนน้อมใจ	0.4	3.1	31.8	51.3	13.4
ทำกิจกรรมร่วมกัน เช่น รับประทานอาหารร่วมกัน	0.6	6.9	30.1	48.3	14.0
เมื่อเกิดปัญหามักจะมาขอคำแนะนำ	0.8	10.7	30.1	50.8	7.5
มักถูกขอความคิดเห็นให้ช่วยตัดสินใจในเรื่องต่างๆ ที่เกิดขึ้น	1.3	5.2	37.0	48.5	7.9
สนับสนุนให้ถ่ายทอดความรู้ประสบการณ์	0.8	6.7	37.4	46.0	9.0
เมื่อครอบครัวไปเที่ยวพักผ่อน จะถูกชวนไปด้วย	3.6	11.5	32.4	41.6	10.9

4.3.3 การสนับสนุนทางสังคม

ผู้สูงอายุเกือบทั้งหมดได้รับการสนับสนุนทางสังคม อยู่ในระดับต้องปรับปรุง ร้อยละ 96.0 อยู่ในระดับดีเพียงร้อยละ 0.2 (ตารางที่ 16) เมื่อพิจารณาระดับการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุพบว่า ผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนเป็นประจำจากบุตรหลานหรือญาติมากที่สุด เกี่ยวกับการได้รับความช่วยเหลือเมื่อเจ็บป่วย เช่น การดูแล พาไปรักษา ซื้อยาหรือจัดหาให้ ร้อยละ 67.2 รองลงมาด้านการได้รับการปลอบโยนและให้กำลังใจ เมื่อรู้สึกไม่สบายใจ เสียใจ สูญเสีย ท้อแท้ใจ ร้อยละ 62.6 และด้านการได้รับคำแนะนำ ช่วยเหลือหรือได้รับกำลังใจเมื่อมีปัญหาหรือเรื่องกลุ่มใจร้อยละ 58.8 (ตารางที่ 17)

ตารางที่ 16 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุ 478 คน จำแนกตามระดับการสนับสนุนทางสังคม

ระดับการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ	จำนวน	ร้อยละ
ดี	1	0.2
ปานกลาง	18	3.8
ต้องปรับปรุง	459	96.0

ตารางที่ 17 ร้อยละของผู้สูงอายุ 478 คน จำแนกตามการสนับสนุนทางสังคม รายข้อ

การสนับสนุนทางสังคม	ไม่เคย	บางครั้ง	ประจำ
เมื่อเจ็บป่วยได้รับความช่วยเหลือ เช่น การดูแล พาไปรักษา ซื้อยาหรือจัดหาให้จาก			
บุตรหลานหรือญาติ	4.4	28.5	67.2
เพื่อนบ้าน	40.4	57.7	1.9
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	43.3	45.8	10.9
องค์กรของรัฐ	72.0	24.5	3.6
การได้รับการปลอบโยนและให้กำลังใจ เมื่อรู้สึกไม่สบายใจ เสียใจ สูญเสีย ท้อแท้ จาก			
บุตรหลานหรือญาติ	6.5	31.0	62.6
เพื่อนบ้าน	29.5	64.0	6.5
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	65.1	31.4	3.6
องค์กรของรัฐ	75.3	20.7	4.0
การได้รับคำแนะนำ ช่วยเหลือหรือได้รับกำลังใจเมื่อมีปัญหาหรือเรื่องก้ำกึ่งใจจาก			
บุตรหลานหรือญาติ	5.4	35.8	58.8
เพื่อนบ้าน	29.9	66.5	3.6
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	65.5	33.1	1.5
องค์กรของรัฐ	78.9	20.3	0.8

ตารางที่ 17 ร้อยละของผู้สูงอายุ 478 คน จำแนกตามการสนับสนุนทางสังคม รายข้อ (ต่อ)

การสนับสนุนทางสังคม	ไม่เคย	บางครั้ง	ประจำ
ผู้ที่มีส่วนในการตัดสินใจที่สำคัญ ๆ คือ			
บุตรหลานหรือญาติ	9.2	34.7	56.1
เพื่อนบ้าน	55.4	42.5	2.1
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	75.5	23.2	1.3
องค์กรของรัฐ	83.5	15.7	0.8
การได้รับความช่วยเหลือด้านการเดินทางจาก			
บุตรหลานหรือญาติ	6.9	37.4	55.6
เพื่อนบ้าน	44.4	53.1	2.5
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	73.4	26.2	0.4
องค์กรของรัฐ	79.9	19.7	0.4
การได้รับการดูแลในเรื่องอาหารการกินจาก			
บุตรหลานหรือญาติ	6.7	37.9	55.4
เพื่อนบ้าน	46.9	51.3	1.9
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	72.8	25.9	1.3
องค์กรของรัฐ	74.1	23.6	2.3
การได้รับความรู้หรือข่าวสารต่าง ๆ ในเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพ			
หรือเหตุการณ์บ้านเมือง จาก			
บุตรหลานหรือญาติ	8.4	40.0	51.7
เพื่อนบ้าน	30.3	56.9	12.8
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	35.8	50.6	13.6
องค์กรของรัฐ	53.6	34.9	11.5
การได้รับการช่วยเหลือด้านการเงินจาก			
บุตรหลานหรือญาติ	5.2	45.0	49.8
เพื่อนบ้าน	60.5	37.4	2.1
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	75.7	21.8	2.5
องค์กรของรัฐ	32.8	23.2	43.9

ตารางที่ 17 ร้อยละของผู้สูงอายุ 478 คน จำแนกตามการสนับสนุนทางสังคม รายข้อ (ต่อ)

การสนับสนุนทางสังคม	ไม่เคย	บางครั้ง	ประจำ
การได้รับความช่วยเหลือในการจัดหาเสื้อผ้า เครื่องนุ่งห่ม และ ของใช้อื่น ๆ จาก			
บุตรหลานหรือญาติ	8.4	43.1	48.5
เพื่อนบ้าน	56.1	41.8	2.1
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	72.4	25.7	1.9
องค์กรของรัฐ	58.4	36.0	5.6
การได้รับการช่วยเหลือในการดูแลทำความสะอาดบ้าน รดน้ำ ต้นไม้ จาก			
บุตรหลานหรือญาติ	8.8	45.6	45.6
เพื่อนบ้าน	74.3	25.1	0.6
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	88.9	10.5	0.6
องค์กรของรัฐ	93.5	5.9	0.6

4.4 ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะส่วนบุคคล ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สัมพันธภาพ ในครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

4.4.1 ลักษณะส่วนบุคคลกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

ลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ ภาวะสุขภาพ การเข้าร่วมกิจกรรมของชมรม อายุและการได้รับการอบรมพัฒนาคุณภาพชีวิต มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้านร่างกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และพบว่าระดับการศึกษา ภาวะสุขภาพ การเข้าร่วมกิจกรรมของชมรม และการได้รับการอบรมพัฒนาคุณภาพชีวิตมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยมีรายละเอียดดังนี้

เพศมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้านร่างกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.041$) แต่เพศไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ ($p = 0.129$) โดยผู้สูงอายุเพศชายมีแนวโน้มมีความพอใจในคุณภาพชีวิตด้านร่างกายมากกว่าเพศหญิง

ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุทั้งด้านร่างกายและด้านจิตใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยผู้สูงอายุที่เรียนหนังสือมีแนวโน้มมีความพอใจในคุณภาพชีวิตด้านร่างกายและจิตใจมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหนังสือ

สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้านร่างกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.013$) แต่สถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ ($p = 0.161$) โดยผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่มีแนวโน้มมีความพอใจในคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย มากกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสโสด หม้าย หย่าร้าง

อาชีพมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้านร่างกาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) แต่อาชีพไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ ($p = 0.288$) โดยผู้สูงอายุที่ทำงานมีแนวโน้มมีความพอใจในคุณภาพชีวิตด้านร่างกายมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้ทำงาน

ลักษณะของครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุทั้งด้านร่างกายและด้านจิตใจ ($p = 0.521$ และ $p = 0.354$) ตามลำดับ

ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุทั้งด้านร่างกายและด้านจิตใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัวมีแนวโน้มมีความพอใจในคุณภาพชีวิตด้านร่างกายและจิตใจมากกว่าผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว

การเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุทั้งด้านร่างกายและด้านจิตใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมมีแนวโน้มมีความพอใจในคุณภาพชีวิตร่างกายและด้านจิตใจมากกว่าผู้ที่ไม่ได้เข้าร่วม (ตารางที่ 18,19)

อายุมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้านร่างกาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.169, p < 0.001$) แต่อายุไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุด้านจิตใจ ($r = -0.070, p = 0.064$) โดยผู้สูงอายุที่อายุน้อยจะมีความพอใจในคุณภาพชีวิตมากกว่าผู้สูงอายุที่อายุมาก

จำนวนครั้งที่ได้รับการอบรมพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุทั้งด้านร่างกายและด้านจิตใจ ($p = 0.009$ และ $p = 0.001$) ตามลำดับ โดยจำนวนครั้งของการได้รับการอบรมไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (ตารางที่ 20)

4.4.2 ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุทั้งด้านร่างกาย ($r = 0.416$) และด้านจิตใจ ($r = 0.390$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยผู้สูงอายุที่รู้สึกว่ามีคุณค่าจะพอใจในคุณภาพชีวิตมาก (ตารางที่ 20)

4.4.3 สัมพันธภาพในครอบครัว

สัมพันธภาพของผู้สูงอายุกับคนในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุทั้งด้านร่างกาย ($r = 0.324$) และด้านจิตใจ ($r = 0.366$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยผู้สูงอายุที่สัมพันธภาพในครอบครัวดีจะมีความพอใจในคุณภาพชีวิตมาก (ตารางที่ 20)

4.4.4 การสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุทั้งด้านร่างกาย ($r = 0.110$) และด้านจิตใจ ($r = 0.089$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.008$ และ $p = 0.026$) (ตามลำดับ) โดยผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมดี จะมีความพอใจในคุณภาพชีวิตมาก (ตารางที่ 20)

ตารางที่ 18 ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะส่วนบุคคล กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ 478 คน ด้านร่างกาย

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	พอใจ		ไม่พอใจ		p-value
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ						0.041
ชาย	212	118	55.7	94	44.3	
หญิง	266	123	46.2	143	53.8	
ระดับการศึกษา						<0.001
เรียนหนังสือ	345	200	58.0	145	42.0	
ไม่ได้เรียนหนังสือ	133	41	30.8	92	69.2	
สถานภาพสมรส						
คู่	297	170	57.2	127	42.8	0.013
โสด	181	71	39.2	110	60.8	

ตารางที่ 18 ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะส่วนบุคคล กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ 478 คน ด้านร่างกาย (ต่อ)

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	พอใจ		ไม่พอใจ		p-value
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
อาชีพ						<0.001
ทำงาน	266	156	48.6	110	41.4	
ไม่ได้ทำงาน	212	85	40.1	127	59.9	
ลักษณะของครอบครัว						0.521
ครอบครัวเดี่ยว	237	123	51.9	114	48.1	
ครอบครัวขยาย	241	118	49.0	123	51.0	
ภาวะสุขภาพ						<0.001
ไม่มีโรคประจำตัว	250	162	64.8	88	35.2	
มีโรคประจำตัว	228	79	34.6	149	65.4	
การเข้าร่วมกิจกรรมของชมรม						<0.001
เข้าร่วมกิจกรรม	109	70	64.2	39	35.8	
ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรม	269	102	37.9	167	62.1	

ตารางที่ 19 ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะส่วนบุคคลกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ 478 คน ด้านจิตใจ

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	พอใจ		ไม่พอใจ		p-value
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ						0.129
ชาย	212	120	56.6	92	43.4	
หญิง	266	132	49.6	134	50.4	
ระดับการศึกษา						<0.001
เรียนหนังสือ	345	200	58.0	145	42.0	
ไม่ได้เรียนหนังสือ	133	52	39.1	81	60.9	

ตารางที่ 19 ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะส่วนบุคคลกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ 478 คน ด้านจิตใจ (ต่อ)

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	พอใจ		ไม่พอใจ		p-value
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
สถานภาพสมรส						0.161
คู่	297	164	55.2	133	44.8	
โสด	181	88	48.6	93	51.4	
การประกอบอาชีพ						0.288
ทำงาน	266	146	54.9	120	45.1	
ไม่ได้ทำงาน	212	106	50.0	106	50.0	
ลักษณะของครอบครัว						0.354
ครอบครัวเดี่ยว	137	130	54.9	107	45.1	
ครอบครัวขยาย	241	122	50.6	119	49.4	
ภาวะสุขภาพตามการรับรู้						<0.001
ไม่มีโรคประจำตัว	250	156	62.4	94	37.6	
มีโรคประจำตัว	228	96	42.1	132	57.9	
การเข้าร่วมกิจกรรมของชมรม						<0.001
เข้าร่วมกิจกรรม	209	149	71.3	60	28.7	
ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรม	269	103	38.3	166	61.7	

ตารางที่ 20 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างอายุ จำนวนครั้งที่ได้รับการอบรม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สัมพันธภาพในครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคม กับ คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ 478 คน ด้านร่างกายและจิตใจ

ตัวแปร	ด้านร่างกาย		ด้านจิตใจ	
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value
อายุ	-0.169	<0.001	-0.070	0.064
จำนวนครั้งที่ได้รับการอบรม	-0.109	0.009	-0.141	0.001
ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง	0.416	<0.001	0.390	<0.001
สัมพันธภาพในครอบครัว	0.324	<0.001	0.366	<0.001
การสนับสนุนทางสังคม	0.110	0.008	0.089	0.026

จากการวิเคราะห์โดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์ตัวแปรหลายตัว จากตัวแปร 12 ตัวแปร ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ ลักษณะของครอบครัว ภาวะสุขภาพ การเข้าร่วมกิจกรรมของชมรม การได้รับการอบรมพัฒนาคุณภาพชีวิต ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สัมพันธภาพในครอบครัวและการสนับสนุนทางสังคม พบว่า ตัวแปรที่ได้รับการคัดเลือกเข้าไปและสามารถอธิบายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้านร่างกายมี 6 ตัวแปร ได้แก่ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ภาวะสุขภาพ การเข้าร่วมกิจกรรมของชมรม การศึกษา อาชีพและอายุ

ขั้นที่ 1 พบว่า ตัวแปรที่ได้รับการคัดเลือกเข้าไปตัวแรก คือ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง อธิบายคุณภาพชีวิตด้านร่างกายได้ร้อยละ 17.2 (Beta=0.305, $p < 0.001$)

ขั้นที่ 2 พบว่า ตัวแปรที่ได้รับการคัดเลือกเข้าไป คือ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และภาวะสุขภาพ อธิบายคุณภาพชีวิตด้านร่างกายได้ร้อยละ 23.7 (Beta = 0.226, $p < 0.001$)

ขั้นที่ 3 พบว่า ตัวแปรที่ได้รับการคัดเลือกเข้าไป คือ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ภาวะสุขภาพ และการเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมอธิบายคุณภาพชีวิตด้านร่างกายได้ร้อยละ 26.9 (Beta = 0.170, $p < 0.001$)

ขั้นที่ 4 พบว่า ตัวแปรที่ได้รับการคัดเลือกเข้าไป คือ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ภาวะสุขภาพ การเข้าร่วมกิจกรรมของชมรม และระดับการศึกษา อธิบายคุณภาพชีวิตด้านร่างกายได้ร้อยละ 29.1 (Beta = 0.132, $p = 0.001$)

ขั้นที่ 5 พบว่า ตัวแปรที่ได้รับคัดเลือกเข้าไป คือ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ภาวะสุขภาพ การเข้าร่วมกิจกรรมของชมรม ระดับการศึกษาและอาชีพ อธิบายคุณภาพชีวิตด้านร่างกายได้ร้อยละ 30.0 (Beta = 0.090, $p < 0.28$)

ขั้นที่ 6 พบว่า ตัวแปรที่ได้รับคัดเลือกเข้าไป คือ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ภาวะสุขภาพ การเข้าร่วมกิจกรรมของชมรม ระดับการศึกษา อาชีพและอายุ อธิบายคุณภาพชีวิตด้านร่างกายได้ร้อยละ 30.5 (Beta = -0.084, $p=0.036$) (ตารางที่ 21)

สามารถสร้างสมการเพื่อใช้ในการทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้านร่างกายได้ดังนี้
 คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้านร่างกาย = $18.581 + 0.305$ (ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง)
 $+ 0.226$ (ภาวะสุขภาพ)
 $+ 0.170$ (การเข้าร่วมกิจกรรมของชมรม)
 $+ 0.132$ (การศึกษา)
 $+ 0.090$ (การประกอบอาชีพ)
 $- 0.084$ (อายุ)

ตารางที่ 21 การวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression) คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ 478 คนด้านร่างกาย

ขั้นที่	ตัวแปร	R ²	R ² Adjusted	B	SE (B)	Beta	p - value
1	(ค่าคงที่)	0.173	0.172	- 2.911	6.276		
	ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง			1.011	0.101	0.416	<0.001
2	(ค่าคงที่)	0.241	0.237	- 2.746	6.022		
	ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง			0.927	0.098	0.382	<0.001
	ภาวะสุขภาพ			9.580	1.478	0.261	<0.001
3	(ค่าคงที่)	0.273	0.269	1.359	5.963		
	ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง			0.812	0.099	0.334	<0.001
	ภาวะสุขภาพ			9.538	1.447	0.260	<0.001
	การเข้าร่วมกิจกรรมของชมรม			6.919	1.494	0.188	<0.001

ตารางที่ 21 การวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression) คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ 478 คนด้านร่างกาย (ต่อ)

ขั้นที่	ตัวแปร	R ²	R ² Adjusted	B	SE (B)	Beta	p - value
4	(ค่าคงที่)	0.297	0.291	- 0.319	5.886		
	ความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง			0.771	0.098	0.317	<0.001
	ภาวะสุขภาพ			9.238	1.427	0.252	<0.001
	การเข้าร่วมกิจกรรมของชมรม			6.320	1.478	0.171	<0.001
	ระดับการศึกษา			6.389	1.601	0.156	<0.001
5	(ค่าคงที่)	0.308	0.300	0.444	5.856		
	ความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง			0.736	0.098	0.303	<0.001
	ภาวะสุขภาพ			8.633	1.436	0.236	<0.001
	การเข้าร่วมกิจกรรมของชมรม			6.124	1.471	0.166	<0.001
	ระดับการศึกษา			5.813	1.605	0.142	<0.001
	การประกอบอาชีพ			3.917	1.472	0.106	0.008
6	(ค่าคงที่)	0.314	0.305	18.581	10.415		
	ความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง			0.742	0.098	0.305	<0.001
	ภาวะสุขภาพ			8.271	1.441	0.226	<0.001
	การเข้าร่วมกิจกรรมของชมรม			6.269	1.467	0.170	<0.001
	ระดับการศึกษา			5.396	1.611	0.132	0.001
	การประกอบอาชีพ			3.299	1.496	0.090	0.028
	อายุ			- 0.259	0.123	0.084	0.036

หมายเหตุ: ภาวะสุขภาพ (มีโรคประจำตัว = 0, ไม่มีโรคประจำตัว = 1), การเข้าร่วมกิจกรรมของชมรม (ไม่เข้าร่วมกิจกรรมของชมรม = 0, เข้าร่วมกิจกรรมของชมรม = 1), ระดับการศึกษา (ไม่ได้เรียนหนังสือ = 0, เรียนหนังสือ = 1), การประกอบอาชีพ (ไม่ได้ทำงาน = 0, ทำงาน = 1)

ผลการวิจัยยังพบว่า จากการวิเคราะห์โดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์ตัวแปรหลายตัว จากตัวแปร 12 ตัวแปร ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ ลักษณะของครอบครัว ภาวะสุขภาพ การเข้าร่วมกิจกรรมของชมรม การได้รับการอบรมพัฒนาคุณภาพชีวิต ความรู้สึกรู้สึกมี

คุณค่าในตนเอง สัมพันธภาพในครอบครัวและการสนับสนุนทางสังคม พบว่า ตัวแปรที่ได้รับการคัดเลือกเข้าไปและสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้านจิตใจมี 5 ตัวแปร ได้แก่ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ภาวะสุขภาพ การเข้าร่วมกิจกรรมของชมรม การได้รับการอบรม และสัมพันธภาพในครอบครัว

ขั้นที่ 1 พบว่า ตัวแปรที่ได้รับการคัดเลือกเข้าไปอันดับแรก คือ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง อธิบายคุณภาพชีวิตด้านจิตใจได้ร้อยละ 15.1 (Beta = 0.175, p = 0.014)

ขั้นที่ 2 พบว่า ตัวแปรที่ได้รับการคัดเลือกเข้าไป คือ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และภาวะสุขภาพ อธิบายคุณภาพชีวิตด้านจิตใจได้ร้อยละ 18.2 (Beta = 0.173, p < 0.001)

ขั้นที่ 3 พบว่า ตัวแปรที่ได้รับการคัดเลือกเข้าไป คือ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ภาวะสุขภาพ และการเข้าร่วมกิจกรรมของชมรม อธิบายคุณภาพชีวิตด้านจิตใจได้ร้อยละ 20.9 (Beta = 0.240, p < 0.001)

ขั้นที่ 4 พบว่า ตัวแปรที่ได้รับการคัดเลือกเข้าไป คือ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ภาวะสุขภาพ การเข้าร่วมกิจกรรมของชมรม และจำนวนครั้งที่ได้รับการอบรม อธิบายคุณภาพชีวิตด้านจิตใจได้ร้อยละ 21.9 (Beta = -0.113, p = 0.008)

ขั้นที่ 5 พบว่า ตัวแปรที่ได้รับการคัดเลือกเข้าไป คือ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ภาวะสุขภาพ การเข้าร่วมกิจกรรมของชมรม จำนวนครั้งที่ได้รับการอบรมด้าน และสัมพันธภาพในครอบครัว อธิบายคุณภาพชีวิตด้านจิตใจได้ร้อยละ 22.5 (Beta = 0.150, p = 0.032) (ตารางที่ 22)

สามารถสร้างสมการเพื่อใช้ในการทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้านจิตใจ ได้ดังนี้
 คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้านจิตใจ = $18.426 + 0.175$ (ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง)

+ 0.173 (ภาวะสุขภาพ)

+ 0.204 (การเข้าร่วมกิจกรรมของชมรม)

- 0.113 (จำนวนครั้งที่ได้รับการอบรม)

+ 0.150 (สัมพันธภาพในครอบครัว)

ตารางที่ 22 การวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression) คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ 478 คนด้านจิตใจ

ขั้นที่	ตัวแปร	R ²	R ² Adjusted	B	SE (B)	Beta	p - value
1	(ค่าคงที่)	0.152	0.151	10.425	5.417		
	ความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง			0.808	0.087	0.390	<0.001
2	(ค่าคงที่)	0.185	0.182	10.524	5.317		0.048
	ความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง			0.758	0.086	0.366	<0.001
	ภาวะสุขภาพ			5.694	1.305	0.182	<0.001
3	(ค่าคงที่)	0.214	0.209	13.798	5.287		
	ความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง			0.666	0.088	0.322	<0.001
	ภาวะสุขภาพ			5.661	1.283	0.181	<0.001
	การเข้าร่วมกิจกรรมของชมรม			5.519	1.324	0.175	
4	(ค่าคงที่)	0.226	0.219	17.655	5.441		
	ความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง			0.617	0.089	0.298	<0.001
	ภาวะสุขภาพ			5.281	1.282	0.169	<0.001
	การเข้าร่วมกิจกรรมของชมรม			6.454	1.360	0.205	<0.001
	จำนวนครั้งที่ได้รับการอบรม			- 1.497	0.552	- 0.115	0.007
5	(ค่าคงที่)	0.233	0.225	18.426	5.432		
	ความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง			0.363	0.147	0.175	0.014
	ภาวะสุขภาพ			5.414	1.279	0.173	<0.001
	การเข้าร่วมกิจกรรมของชมรม			6.404	1.355	0.204	<0.001
	จำนวนครั้งที่ได้รับการอบรม			- 1.472	0.550	- 0.113	0.008
	สัมพันธภาพในครอบครัว			0.285	0.132	0.150	0.032

หมายเหตุ: ภาวะสุขภาพ (มีโรคประจำตัว = 0, ไม่มีโรคประจำตัว = 1), การเข้าร่วมกิจกรรมของชมรม (ไม่เข้าร่วมกิจกรรมของชมรม = 0, เข้าร่วมกิจกรรมของชมรม = 1)

บทที่ 5

อภิปรายผล

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบภาคตัดขวาง (Cross – sectional study) เพื่อประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชนบท อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดนครราชสีมา ในการอภิปรายผล แบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

5.1 คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

5.2 ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะส่วนบุคคล ความรู้สึที่มีคุณค่าในตนเอง สัมพันธภาพในครอบครัวและการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

5.1 คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

จากผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุในชนบท อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดนครราชสีมา ผู้สูงอายุมีความพอใจในคุณภาพชีวิตด้านร่างกายร้อยละ 50.4 และพอใจด้านจิตใจ ร้อยละ 52.7 โดยมีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านร่างกายและด้านจิตใจเท่ากับ 59.3 และ 60.2 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยสุวรรณ ศรีสรณ์ อรุณ ภาชนะ วันทนี ขำเพ็ญ และลักษณา เดิมศิริกุลชัย⁽⁶⁴⁾ ได้วิจัยเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุชนบท จังหวัดนครราชสีมา พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 69.1 และงานวิจัยของ พรเทพ ศิริวนารังสรรค์ และคณะ⁽⁶⁰⁾ เรื่องคุณภาพชีวิตและภาวะซึมเศร้า ของผู้สูงอายุในประเทศไทย เมื่อปี พ.ศ.2546 พบว่าระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อยู่ในระดับปานกลาง อธิบายได้ว่า สังคมไทยในชนบทเป็นแบบเครือญาติมีการพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน ตลอดจนสิทธิสวัสดิการเกี่ยวกับผู้สูงอายุได้กำหนดเป็นนโยบาย เช่น พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.2546⁽⁶⁾ ว่าด้วยผู้สูงอายุมีสิทธิได้รับการคุ้มครอง การส่งเสริมและการสนับสนุนด้านต่าง ๆ เช่น บริการทางการแพทย์และการสาธารณสุข การศึกษา ส่งเสริมอาชีพและฝึกอาชีพที่เหมาะสม ส่งเสริมการพัฒนาตนเอง สร้างเครือข่าย และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม เป็นต้น ทำให้ผู้สูงอายุได้รับสิทธิสวัสดิการและเข้าถึงบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขเพิ่มมากขึ้น จึงทำให้ความพึงพอใจในคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุใกล้เคียงกัน และสอดคล้องกับงานวิจัยในต่างประเทศของเวอร์มา กุสุมา และบาบู (Varma, Kusuma and Babu)⁽⁸⁴⁾ ที่วิจัยเรื่องภาวะสุขภาพที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต

ของผู้สูงอายุในชุมชนชนบท และบ้านพักคนชรา ในประเทศอินเดีย เมื่อปี พ.ศ.2551 พบว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนชนบทของประเทศอินเดียมีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านร่างกายและด้านจิตใจเท่ากับ 49.0 และ 53.0 ตามลำดับ ซึ่งในปัจจุบันทุกประเทศได้ให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุมากขึ้น คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ด้านร่างกาย พบว่า กิจกรรมที่ผู้สูงอายุทำไม่ได้เลย เกี่ยวกับกิจกรรมที่ต้องออกแรงมาก เช่น วิ่ง ขกของหนัก เล่นกีฬาที่ใช้กำลังมาก ร้อยละ 32.8 ผู้สูงอายุเห็นด้วยว่าจะเจ็บป่วยง่ายกว่าคนอื่นทั่วไป ร้อยละ 34.5 ปัญหาสุขภาพกายทำให้ผู้สูงอายุทำงานเสร็จน้อยกว่าที่อยากจะทำ ร้อยละ 20.7 ผู้สูงอายุมีอาการเจ็บปวดตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ร้อยละ 22.8 ทั้งนี้เนื่องจากเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ จะมีการเปลี่ยนแปลงในด้านร่างกาย อวัยวะและระบบการทำงานต่าง ๆ ของร่างกายจะเปลี่ยนแปลงไปทางเสื่อมสภาพจะมากขึ้นโดยลำดับตามอายุที่มากขึ้น และเป็นไปในทุกระบบของร่างกาย เช่น ระบบกล้ามเนื้อ ระบบประสาท ระบบหลอดเลือดหัวใจ เป็นต้น จากการเปลี่ยนแปลงระบบต่าง ๆ ของร่างกาย ทำให้ประสิทธิภาพการทำงานของร่างกายลดลง นับว่า มีผลกระทบต่อผู้สูงอายุในทางจิตใจ อารมณ์ และสังคม⁽²⁰⁻²³⁾ คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้านจิตใจ พบว่า ปัญหาทางด้านร่างกายหรือจิตใจของผู้สูงอายุ มีผลกระทบต่อการทำกิจกรรมทางสังคม ร้อยละ 16.9 ผู้สูงอายุรู้สึกวุ่นวายเกินไปด้วยพลัง มีความตื่นตัวมากขึ้นบ่อยครั้งและไม่เคยเลย ร้อยละ 23.5 ปัญหาสุขภาพทางด้านจิตใจหรืออารมณ์ทำให้ผู้สูงอายุทำงานหรือกิจกรรมต่าง ๆ ได้อย่างละเอียดรอบคอบได้น้อยกว่าปกติบ่อยครั้งและตลอดเวลา ร้อยละ 15.9 และผู้สูงอายุรู้สึกตื่นตกใจง่าย ร้อยละ 20.3 อธิบายได้ว่าการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ เป็นการเปลี่ยนแปลงที่มีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย และสังคมโดยตรง ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าเป็นผู้ที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น เป็นบุคคลที่ไร้ค่า ประกอบกับการสูญเสียบทบาทหน้าที่การงานทางสังคม ทำให้ผู้สูงอายุมีความกังวล และกระทบกระเทือนใจได้ง่าย นอกจากนี้ ผู้สูงอายุจะพบกับการพลัดพรากจากบุคคลอันเป็นที่รัก ได้แก่ คู่สมรส ญาติสนิท เพื่อนหรือการย้ายที่อยู่ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความซึมเศร้าได้ง่าย รู้สึกด้อยคุณค่าในตนเอง หดหู่ ท้อแท้ ส่งผลทำให้คุณภาพชีวิตลดลงได้⁽²⁴⁻²⁵⁾

5.2 ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะส่วนบุคคล ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สัมพันธภาพในครอบครัวและการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

5.2.1 เพศ

เพศมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้านร่างกาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.041$) โดยผู้สูงอายุเพศชายมีความพอใจในคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ร้อยละ 55.7 และเพศหญิงพอใจในคุณภาพชีวิต ร้อยละ 46.2 ในสังคมไทยโดยเฉพาะสังคมของผู้สูงอายุ ยังคงให้ความสำคัญ

กับเพศชายมากกว่าเพศหญิง ทั้งบทบาท หน้าที่และความรับผิดชอบ เพศชายเป็นเพศที่มีความเลื่อม
ถอยของร่างกายช้ากว่าเพศหญิง มีร่างกายที่แข็งแรงสามารถทำงานและประกอบอาชีพได้ดีกว่า
ผู้สูงอายุเพศหญิง และมีบทบาทเป็นหัวหน้าครอบครัว รวมถึงมีรายได้ให้กับครอบครัว เป็นที่พึ่งพา
ของคนในครอบครัว จึงทำให้ผู้สูงอายุเพศชายมีความพอใจในคุณภาพชีวิตมากกว่าเพศหญิง
สอดคล้องกับงานวิจัยของ พรเทพ ศิริวนารังสรรค์ และคณะ⁽⁶⁰⁾ วิจัยเรื่องคุณภาพชีวิตและภาวะ
ซึมเศร้าของผู้สูงอายุในประเทศไทย พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยผู้สูงอายุเพศชายมีระดับคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้สูงอายุเพศหญิง
ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ศรีเมือง พลึงฤทธิ์ และเกื้อ วงศ์บุญสิน⁽⁶¹⁾ ซึ่งวิจัยเกี่ยวกับการพัฒนา
คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยตนเอง ครอบครัวและชุมชน พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของ
ผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และสอดคล้องกับงานวิจัยในต่างประเทศของเจอราก,
โคลา, อโฟลาไบ และโอเลย์ (Gureje, Kola, Afolabi and Olley)⁽⁸⁶⁾ วิจัยเรื่องตัวกำหนดคุณภาพชีวิต
ของผู้สูงอายุในประเทศไนจีเรีย เมื่อปี พ.ศ.2551 สอดคล้องกับงานวิจัยของยามาuchi, มิโดริกาว่า, ฮากิ
ฮาวา และซาซากิ (Yamauchi, Midorikawa, Hagihara and Sasaki)⁽⁸⁸⁾ วิจัยเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต, ภาวะ
โภชนาการ กิจกรรมประจำวัน และความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเกาะที่มีประชากรน้อย
ประเทศญี่ปุ่น ในปี พ.ศ.2550 และงานวิจัยของนิคพัวร์, ซูลา, เซียดอชฮาดาคี และฮาฆานี
(Nikpour, Soola, Seiedoshohadaei and Haghani)⁽⁸⁹⁾ เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตกับ
ลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุในกรุง เตหะราน ประเทศอิหร่าน เมื่อปี พ.ศ.2550 พบว่า เพศมี
ความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการวิจัยยังพบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ ($p = 0.129$) โดย
เพศชายพอใจในคุณภาพชีวิตด้านจิตใจสูงกว่าเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 56.6 และ 49.6 ตามลำดับ
เนื่องจากในปัจจุบันผู้สูงอายุทั้งเพศชายและเพศหญิงได้แสดงออก เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมมากขึ้น
เมื่อเปรียบเทียบกับในอดีต ทั้งบทบาท หน้าที่และความรับผิดชอบ เพศชายเป็นที่พึ่งหลักของใน
ครอบครัว ส่วนเพศหญิงจะมีหน้าที่เป็นแม่บ้าน ต้องรับผิดชอบต่องานบ้านและความเป็นอยู่ของคน
ในบ้าน ดูแลเลี้ยงดูบุตรหลาน สิ่งเหล่านี้ ทำให้เพศชายและเพศหญิงรู้สึกภาคภูมิใจและเห็นคุณค่าใน
ตนเอง ที่ได้ทำบทบาทหน้าที่ของตนเองได้เป็นอย่างดี คุณภาพชีวิตของเพศชายและเพศหญิงจึงไม่
แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของสุวัฒน์ ศรีสรณ์, อรุณ ภาชื่น, วันทนี ขำเพ็ญ และ
ลักขณา เดิมศิริกุลชัย⁽⁶⁴⁾ ได้วิจัยเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุชนบท
จังหวัดนครราชสีมา พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และสอดคล้องกับ
งานวิจัยของอานาจ วังจัน และพิมพ์พร ฟองหล้า⁽⁶⁵⁾ เรื่องดัชนีคุณภาพชีวิตในเขตกรุงเทพมหานคร
พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ สอดคล้องกับงานวิจัยในต่างประเทศของ

เวอร์มา, กุสุมา และบาบุ (Varma, Kusuma and Babu)⁽⁸⁴⁾ ได้วิจัยเรื่องภาวะสุขภาพที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนชนบท และบ้านพักคนชรา ในประเทศอินเดีย เมื่อปี พ.ศ.2553 พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

5.2.2 อายุ

อายุมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้านร่างกาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยผู้สูงอายุที่อายุน้อยมีแนวโน้มมีความพอใจในคุณภาพชีวิตมากกว่าผู้สูงอายุที่อายุมาก เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เสื่อมของร่างกาย อย่างค่อยเป็นค่อยไปตามเวลาที่ผ่านไป ทำให้เกิดการทรุดโทรมของอวัยวะต่าง ๆ เกิดขึ้นพร้อมกัน จะมีการเปลี่ยนแปลงไปในสภาพเสื่อมทั้งร่างกาย เป็นผลทำให้เกิดกิจกรรมต่าง ๆ ลดลง ทำให้เกิดปัญหาจากโรคและปัญหาสุขภาพต่าง ๆ ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้วย ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของเวอร์มา, กุสุมา และบาบุ (Varma, Kusuma and Babu)⁽⁸⁴⁾ ได้วิจัยเรื่องภาวะสุขภาพที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ที่อาศัยอยู่ในชุมชนชนบทและบ้านพักคนชรา ในประเทศอินเดีย เมื่อปี พ.ศ.2551 พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และพบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้านจิตใจ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ สุวัฒน์ ศรีสรณ์, อรุณ ภาชี, วันทนี ขำเพ็ญ และลักขณา เดิมศิริกุลชัย⁽⁶⁴⁾ ได้วิจัยเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุชนบท จังหวัดนครราชสีมา พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 โดยผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยจะมีระดับคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมาก ทั้งนี้เนื่องจากกระบวนการเปลี่ยนแปลงของชีวิต จากความเสื่อมถอยของสภาพร่างกาย และจิตใจที่เพิ่มมากขึ้นตามอายุ และสอดคล้องกับงานวิจัยของอานาจ วังจัน และพิมพ์พร ฟองหล้า⁽⁶⁵⁾ เรื่องดัชนีคุณภาพชีวิตในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยจะมีระดับคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมาก จากงานวิจัยของ ศรีเมือง พลั่งฤทธิ์ และเกื้อ วงศ์บุญสิน⁽⁶¹⁾ ที่ได้วิจัยเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยตนเอง ครอบครัวและชุมชน พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งสนับสนุนงานวิจัยของ ชรินทร์ เจริญกุล และอังสนา บุญธรรม⁽⁶⁶⁾ ที่ได้วิจัยเรื่องสมรรถนะทางกาย สุขภาพและความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุไทย พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับงานวิจัยในต่างประเทศของ ยามาวชิ, มิโดริกาว่า, ฮากิฮาระ และซาซากิ (Yamauchi, Midorikawa, Hagihara and Sasaki)⁽⁸⁸⁾ ได้วิจัยเรื่องคุณภาพชีวิต, ภาวะโภชนาการ, กิจกรรมประจำวัน และความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่

ในเกาะที่มีประชากรน้อย ประเทศญี่ปุ่น เมื่อปี พ.ศ.2550 และสอดคล้องกับงานวิจัยของเจอราก, โคลา, อโฟลาไบ และโอเลย์ (Gureje, Kola, Afolabi and Olley)⁽⁸⁶⁾ วิจัยเรื่องการกำหนดคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในประเทศไนจีเรีย เมื่อปี พ.ศ.2551 พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้สูงอายุที่อายุมาก

ผลการวิจัยยังพบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุด้านจิตใจ ($p = 0.064$) เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีอายุ ระหว่าง 60-69 ปี มีอายุเฉลี่ย 68 ปี ซึ่งเป็นผู้สูงอายุตอนต้น ซึ่งมีความเปลี่ยนแปลงทางร่างกายเพียงเล็กน้อย ยังคงมีภาวะสุขภาพกายที่แข็งแรง สามารถช่วยเหลือตัวเอง รวมถึงยังประกอบอาชีพต่าง ๆ ได้ ทำให้เป็นผู้มีรายได้ให้กับครอบครัว ส่งผลให้เกิดความภาคภูมิใจ ไม่รู้สึกว่าเป็นภาระของลูกหลานหรือบุคคลอื่น และลักษณะของครอบครัวอาศัยอยู่กันแบบเครือญาติ พี่พาลและช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ดังนั้นคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้านจิตใจของผู้สูงอายุที่อายุน้อยกับผู้สูงอายุที่อายุมากจึงไม่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของรัตนพรชัย โชติวนิช⁽⁷⁷⁾ วิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรีพบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิต อาจเป็นเพราะกลุ่มผู้สูงอายุที่นำมาศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในวัยต้น ทำให้ความพึงพอใจในชีวิตไม่แตกต่างกัน และสอดคล้องกับวิจัยของชุดิไกร ดันดิชัยวนิช⁽⁶³⁾ เรื่องความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดระยอง เมื่อปี พ.ศ.2551 พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุ

5.2.3 ระดับการศึกษา

ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุทั้งด้านร่างกาย และด้านจิตใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยผู้สูงอายุที่เรียนหนังสือมีความพอใจในคุณภาพชีวิตด้านร่างกายและจิตใจเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 58.0 และผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหนังสือพอใจในคุณภาพชีวิตด้านร่างกายร้อยละ 30.8 ด้านจิตใจ ร้อยละ 39.1 ผู้สูงอายุที่ได้รับการศึกษา ร้อยละ 72.2 ซึ่งผู้สูงอายุ 2 ใน 3 (68.8%) มีระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา สามารถอ่านออกเขียนได้ ช่วยทำให้ผู้สูงอายุสามารถพัฒนาตนเองให้มีคุณภาพและพึ่งพาตนเองได้ ส่งผลให้มีความสามารถในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง ทำให้มีภาวะสุขภาพที่ดี ดังนั้นผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับสูงจะมีความสามารถในการดูแลตนเอง และมีโอกาสเลือกทำกิจกรรมได้มากกว่ากลุ่มที่มีการศึกษาน้อย หรือไม่ได้รับการศึกษา ทำให้สามารถปรับตัว และดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างเหมาะสม ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ อานาจ วังจิน และพิมพ์พร พองหล้า⁽⁶⁵⁾ วิจัยเรื่องดัชนีคุณภาพชีวิตในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า ระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของ

ผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ที่ได้รับการศึกษาดำหรือไม่ได้รับการศึกษา สอดคล้องกับงานวิจัยของ พรเทพ ศิริวนารังสรรค์ และคณะ⁽⁶⁰⁾ เรื่องคุณภาพชีวิตและภาวะซึมเศร้า ของผู้สูงอายุในประเทศไทย พบว่า ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เนื่องจากงานวิจัยของ พรสุพรรณ จารุพันธ์⁽⁶⁸⁾ ในเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยบางประการกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จังหวัดชัยนาท พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีการศึกษาสูงจะมีความรู้และการปฏิบัติตัว ที่ถูกต้อง สามารถลงสภาพทางสังคมที่ดีจะมีคุณภาพชีวิตดี และสอดคล้องกับงานวิจัยของ ชุตติกร ตันติชัยวนิช⁽⁶³⁾ ที่วิจัยเรื่องความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดระยอง เมื่อปี พ.ศ.2551 พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับความสุขของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีความสุขในชีวิตมากกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาดำ สอดคล้องกับงานวิจัยในต่างประเทศของเวอร์มา, กุสุมา และบาบู (Varma, Kusuma and Babu)⁽⁸⁴⁾ ได้วิจัยเรื่อง ภาวะสุขภาพที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนชนบทและบ้านพักคนชรา ในประเทศอินเดีย เมื่อปี พ.ศ.2551 สอดคล้องกับงานวิจัยของเจอราก, โคลา, อโฟลาไบ และโอเลย์ (Gureje, Kola, Afolabi and Olley)⁽⁸⁶⁾ เรื่องตัวกำหนดคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในประเทศไนจีเรียในปี พ.ศ.2551 และงานวิจัยนิคพัร์, ซูลา, เซียโดโซฮาดี้ และ แฮกฮาไน (Nikpour, Soola, Seiedoshohadaei and Haghani)⁽⁸⁹⁾ ได้วิจัยเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตกับลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุในกรุงเตหะราน ประเทศอิหร่าน เมื่อปี พ.ศ.2550 พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

5.2.3 สถานภาพสมรส

สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้านร่างกาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.013$) โดยผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่มีความพอใจในคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ร้อยละ 57.2 และผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสโสดพอใจในคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ร้อยละ 39.2 อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุเป็นวัยที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น การมีคู่สมรสมีความสำคัญกับผู้สูงอายุ เนื่องจากมีความรักและความผูกพันต่อกัน ได้ผ่านเหตุการณ์ต่าง ๆ ในชีวิตมาด้วยกันเป็นเวลายาวนาน เข้าใจและเห็นอกเห็นใจซึ่งกันและกัน จะคอยดูแลช่วยเหลือ เป็นที่ปรึกษา ทำให้รู้สึกมั่นคงในชีวิต รวมทั้งได้รับการสนับสนุนจากบุตร ที่คอยดูแลช่วยเหลืออีกทางหนึ่ง ส่วนคนโสด หม้าย หย่าร้างมักขาดผู้ปลอบโยนให้กำลังใจ ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ สุวัฒน์ ศรีสรณ์ตร์, อรุณ ภาชีน, วันทนีย์ จำเพ็ญ และลักขณา เดิมศิริกุลชัย⁽⁶⁴⁾ วิจัยเรื่องปัจจัยที่มีความ

สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุชนบท จังหวัดนครราชสีมา พบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 โดยผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสอื่น สอดคล้องกับงานวิจัยของอำนาจ วังจิน และพิมพ์พร ฟองหล้า⁽⁶⁵⁾ เรื่องดัชนีคุณภาพชีวิตในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 โดยผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรส มีความพึงพอใจสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพหย่าร้าง และวิจัยของสุพัตรา ธารานุกูล⁽⁷²⁾ ในเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสมีความพึงพอใจในชีวิตสูงกว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสโสด

ผลการวิจัยยังพบว่า สถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ ($p = 0.161$) โดยผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรส มีความพอใจในคุณภาพชีวิตด้านจิตใจร้อยละ 55.2 และผู้สูงอายุที่มีสถานภาพโสด มีความพอใจในคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ ร้อยละ 48.6 อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุเป็นวัยที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น การมีคู่สมรสมีความสำคัญกับผู้สูงอายุ แต่เนื่องจากผู้สูงอายุในชนบท อำเภอลำทะเมนชัยอาศัยอยู่กันแบบสังคมเครือญาติ ไม่ว่าจะมียุทธศาสตร์แบบใด ก็จะได้รับดูแลจากบุตรหลานหรือญาติพี่น้องและคนในชุมชน ได้รับความเสมอภาคเท่าเทียมกันทุกคน ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของชุมชน ไม่ถูกทอดทิ้ง ดังนั้นคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้านจิตใจกับสถานภาพสมรสจึงไม่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของเจอราก, โคลา, อโพล่าไบ และโอเลย์ (Gureje, Kola, Afolabi and Olley)⁽⁸⁶⁾ เรื่องตัวกำหนดคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ประเทศไนจีเรีย เมื่อปี พ.ศ.2551 และสอดคล้องกับนิคพัร์, ซูลา, เซียโดโซฮาดี้ และ แสกฮาไน (Nikpour, Soola, Seiedoshohadaei and Haghani)⁽⁸⁹⁾ ได้วิจัยเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตกับลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุในกรุงเตหะราน ประเทศอิหร่าน เมื่อปี พ.ศ.2551 ผลการวิจัยพบว่า สถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

5.2.5 อาชีพ

อาชีพมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้านร่างกาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยผู้สูงอายุที่ทำงานมีความพอใจในคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ร้อยละ 48.6 และผู้สูงอายุที่ไม่ได้ทำงานพอใจในคุณภาพชีวิต ร้อยละ 40.1 ผู้สูงอายุที่ประกอบอาชีพ ร้อยละ 55.6 โดยประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 24.3 รองลงมารับจ้างทั่วไป ร้อยละ 23.0 อธิบายได้ว่า การที่ผู้สูงอายุยังสามารถประกอบอาชีพหรือทำงานได้นั้น แสดงถึงศักยภาพและความสามารถของตัวเอง ได้ออกแรงและออกกำลังกายทำให้สุขภาพร่างกายแข็งแรง สร้างสัมพันธ์ภาพทางสังคม

มีรายได้เพิ่มขึ้น เกิดการยอมรับ รู้สึกเห็นคุณค่าและภาคภูมิใจในตนเอง ที่สามารถพึ่งพาตนเองได้ ไม่เป็นภาระของผู้อื่น ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ สุวัฒน์ ศรีสรจักร์, อรุณ ภาชีน, วันทนีย์ จำเพ็ญ และลักขณา เต็มศิริกุลชัย⁽⁶⁴⁾ วิจัยเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุชนบท จังหวัดนครราชสีมา พบว่า อาชีพมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และสอดคล้องกับงานวิจัยของ พรเทพ ศิริวนารังสรรค์ และคณะ⁽⁶⁰⁾ ที่วิจัยเรื่องคุณภาพชีวิตและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในประเทศไทย พบว่า อาชีพมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับงานวิจัยในต่างประเทศของเวอร์มา, กุสุมา และบาบู (Varma, Kusuma and Babu)⁽⁸⁴⁾ วิจัยเรื่องภาวะสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนชนบทและอาศัยอยู่ในเขตเมืองของประเทศอินเดีย เมื่อปี พ.ศ.2553 ของเจอราก, โคลา, อโฟลาไบ และโอเลย์ (Gureje, Kola, Afolabi and Olley)⁽⁸⁶⁾ วิจัยเรื่องตัวกำหนดคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในประเทศไนจีเรีย เมื่อปี พ.ศ. 2551 และสอดคล้องกับงานวิจัยของนิคพัร์, ซูลา, เซียโดโซฮาดี้ และแฮกฮาน (Nikpour, Soola, Seiedoshohadaei and Haghani)⁽⁸⁹⁾ เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตกับลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุในกรุงเตหะราน ประเทศอิหร่าน เมื่อปี พ.ศ.2550 พบว่า อาชีพมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการวิจัยยังพบว่า อาชีพไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ ($p = 0.288$) โดยผู้สูงอายุที่ทำงานมีความพอใจในคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ สูงกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้ทำงานเล็กน้อย คิดเป็นร้อยละ 54.9 และ 50.0 ตามลำดับ อธิบายได้ว่าผู้สูงอายุที่ยังสามารถทำงานได้แสดงถึงศักยภาพและความสามารถของตัวผู้สูงอายุเอง แต่ผู้สูงอายุในชนบท อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดนครราชสีมา ผู้สูงอายุที่ทำงานเพื่อได้มาซึ่งรายได้ในครอบครัว แต่สำหรับผู้สูงอายุที่ไม่ได้ทำงาน บุตรหลานหรือญาติพี่น้อง ก็ยังให้การดูแลช่วยเหลือตลอดเวลา อีกทั้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้เข้ามาสนับสนุนทั้งเบี้ยยังชีพและส่งเสริมอาชีพให้กับผู้สูงอายุ จึงทำให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้านจิตใจ ในผู้สูงอายุที่ทำงานและไม่ทำงานไม่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ อานาจ วังจัน และพิมพ์พร ฟองหล้า⁽⁶⁵⁾ วิจัยเรื่องดัชนีคุณภาพชีวิตในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า การประกอบอาชีพไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และสอดคล้องกับงานวิจัยของ พรเทพ ศิริวนารังสรรค์ และคณะ⁽⁶⁰⁾ เรื่องคุณภาพชีวิตและภาวะซึมเศร้า ของผู้สูงอายุในประเทศไทย พบว่า การทำงานของผู้สูงอายุไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

5.2.6 ลักษณะของครอบครัว

ลักษณะของครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ทั้งด้านร่างกาย และด้านจิตใจ ($p = 0.521$ และ $p = 0.354$) ตามลำดับ ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุครึ่งหนึ่ง (50.4%) อาศัยอยู่ในครอบครัวขยาย และจากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในครอบครัวเดี่ยว พบว่า บุตรหลานอาศัยอยู่บริเวณใกล้เคียงกัน เป็นสังคมแบบเครือญาติ มีความใกล้ชิดและผูกพันระหว่างสมาชิกในครอบครัว ญาติพี่น้องและเพื่อนบ้าน อีกทั้งในปัจจุบันเทคโนโลยีทางการสื่อสารที่ทันสมัย ทำให้มีการติดต่อสื่อสารที่สะดวกและรวดเร็ว รวมถึงสภาพการคมนาคมที่ดีขึ้น ทำให้ลูกหลานติดต่อสื่อสาร มาเยี่ยมเยียน ให้ความช่วยเหลือ ดูแลผู้สูงอายุได้ดีกว่าในอดีต จึงทำให้ผู้สูงอายุไม่รู้สึกละเลยทอดทิ้ง ดังนั้นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในครอบครัวเดี่ยวหรือครอบครัวขยาย ไม่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ สอดคล้องกับงานวิจัยของอรนุช อุดมสมฤดี⁽⁷⁸⁾ ได้วิจัยเรื่องสัมพันธภาพในครอบครัว กับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลนครสวรรค์ จังหวัดนครสวรรค์ พบว่า ลักษณะครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ และสอดคล้องกับงานวิจัยของอำนาจ วังจิ้น และพิมพ์พร ฟองหล้า⁽⁶⁵⁾ เรื่องดัชนีคุณภาพชีวิตในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า ลักษณะครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ แต่แตกต่างจากงานวิจัยของ จารุพันธ์ สมบูรณ์สิทธิ์⁽⁷³⁾ วิจัยเกี่ยวกับ ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางประชากรกิจกรรมในการดำเนินชีวิตประจำวัน กับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่า ลักษณะครอบครัวมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิตโดยผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในครอบครัวขยาย จะมีความพึงพอใจในชีวิตสูงกว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในครอบครัวเดี่ยว และงานวิจัยของพรเทพ ศิริวนารังสรรค์ และคณะ⁽⁶⁰⁾ ที่วิจัยเรื่องคุณภาพชีวิต และภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในประเทศไทย พบว่า ลักษณะครอบครัวมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และสอดคล้องกับงานวิจัยในต่างประเทศของนิคพัร์, ซูลา, เซียโดโซฮาดะอี และแฮกฮาไน (Nikpour, Soola, Seiedoshohadaei and Haghani)⁽⁸⁹⁾ เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตกับลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุในกรุงเตหะราน ประเทศอิหร่าน เมื่อปี พ.ศ.2550 พบว่า ลักษณะของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในครอบครัวขยายจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้สูงอายุ ที่อาศัยอยู่ในครอบครัวเดี่ยว

5.2.7 ภาวะสุขภาพ

ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุทั้งด้านร่างกาย และด้านจิตใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยผู้สูงอายุที่สมบูรณ์แข็งแรงมีความพอใจในคุณภาพชีวิต ด้านร่างกาย ร้อยละ 64.8 ด้านจิตใจ ร้อยละ 62.4 และผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวพอใจในคุณภาพชีวิต

ด้านร่างกาย ร้อยละ 34.6 ด้านจิตใจ ร้อยละ 42.1 ซึ่งเป็นความต้องการของผู้สูงอายุในด้านสุขภาพ คือ มีสุขภาพที่แข็งแรง ไม่เป็นภาระของบุคคลอื่น จะทำให้มีทัศนคติที่ดีต่อสุขภาพ ซึ่งมีผลทำให้ ผู้สูงอายุมีความสนใจในการดูแลสุขภาพของตนเอง เมื่อมีภาวะสุขภาพดี ทำให้ผู้สูงอายุสามารถพึ่งพาตนเองได้ ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว คิดเป็น ร้อยละ 47.7 โดยโรคเรื้อรังที่พบบ่อย ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 30.3 รองลงมาคือ โรคความดันโลหิตสูงและโรคข้อเสื่อม ร้อยละ 25.4 และโรคเบาหวาน ร้อยละ 14.9 อธิบายได้ว่า การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายในวัยสูงอายุ เป็นการเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อม เป็นไปตามทฤษฎีชีววิทยา⁽¹⁷⁻¹⁹⁾ ที่กล่าวว่า ร่างกายจะเสื่อมลงเมื่ออายุมากขึ้น ดังนั้นจากการที่มีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เสื่อมของร่างกาย ทำให้เกิดการทรุดโทรมของอวัยวะต่าง ๆ ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ซึ่งกายและจิตจะสัมพันธ์กัน เมื่อร่างกายไม่แข็งแรง ย่อมส่งผลต่อด้านจิตใจ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความไม่สุขสบาย รู้สึกว่าเป็นภาระของผู้อื่น ท้อแท้ สิ้นหวัง หมดกำลังใจที่จะดูแลตนเอง มีผลให้คุณภาพชีวิตชีวิตลดลงตามไปด้วย ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ชัยฤทธิ์ โพธิสุวรรณ และอรุณี บุญอุรพิภิญโญ⁽⁵⁶⁾ วิจัยเรื่องความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่า ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 โดยผู้สูงอายุที่มีภาวะสุขภาพที่ดีจะมีความพึงพอใจในชีวิตสูง และสอดคล้องกับงานวิจัยของชุดิไกร ดันติชัย วณิช⁽⁶³⁾ ในเรื่องความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดระยอง เมื่อปี พ.ศ.2551 จากจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 400 คน พบว่า ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 โดยผู้สูงอายุที่มีสุขภาพที่ดีจะมีความสุขในชีวิตมาก และสอดคล้องกับงานวิจัยในต่างประเทศของ การาดาเซีย (Garatachea) และคณะ⁽⁷⁵⁾ ที่วิจัยเกี่ยวกับความผาสุกของผู้สูงอายุ ในประเทศสเปน เมื่อปี พ.ศ.2550 กลุ่มตัวอย่างอายุระหว่าง 60 – 98 ปี จำนวน 151 คน พบว่า ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกของผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุที่มีภาวะสุขภาพที่ดี จะมีความผาสุกในระดับสูง สอดคล้องกับงานวิจัยของบราวน์, โอบอยล์, แมกจี, โจย์เซ่, แมกโดนัล, โอมอลต์เลย์ และฮิลท์บรันเนอร์ (Browne, O'Boyle, McGee, Joyce, McDonald, O'Malley and Hiltbrunner)⁽⁸⁵⁾ วิจัยเรื่องคุณภาพชีวิตระดับบุคคลของผู้สูงอายุที่สุขภาพแข็งแรง และงานวิจัยของนิคพัร์, ซูลา, เซียโดโซฮาดี้ และแฮกฮาไน (Nikpour, Soola, Seiedoshohadaei and Haghani)⁽⁸⁹⁾ ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตกับลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุในกรุงเตหะราน ประเทศอิหร่าน ในปี พ.ศ.2550 พบว่า ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

5.2.8 การเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ

การเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ทั้งด้านร่างกายและด้านจิตใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมมีความพอใจในคุณภาพชีวิตร่างกาย ร้อยละ 35.8 ด้านจิตใจ ร้อยละ 71.3 และผู้สูงอายุที่ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมพอใจในคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ร้อยละ 37.9 ด้านจิตใจ ร้อยละ 38.3 อธิบายได้ว่า กิจกรรมทางสังคมเป็นสิ่งจำเป็นและสำคัญสำหรับผู้สูงอายุ การที่ผู้สูงอายุยังมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ได้พบปะกลุ่มคนในสังคมแล้ว ยังได้แสดงความคิดเห็นและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน ทำให้เกิดการยอมรับจากคนในสังคม จะช่วยส่งเสริมบทบาทของผู้สูงอายุ บ่งบอกว่าผู้สูงอายุยังมีความสามารถ ปรับตัวได้ดี ทำให้รู้สึกภาคภูมิใจ มีสุขภาพกายสมบูรณ์แข็งแรง ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ สุวัฒน์ ศรีสรณ์, อรุณ ภาชนะ, วันทนี ขำเพ็ญ และลักขณา เต็มศิริกุลชัย⁽⁶⁴⁾ ได้วิจัยเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุชนบท จังหวัดนครราชสีมา พบว่า การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 โดยผู้สูงอายุที่มีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมสูง จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้ไม่เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม และสอดคล้องกับงานวิจัยของพรเทพ ศิริวนารังสรรค์และคณะ⁽⁶⁰⁾ ที่วิจัยเรื่องคุณภาพชีวิตและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในประเทศไทย พบว่าการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

5.2.9 การได้รับการอบรมพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

การได้รับการอบรมพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุทั้งด้านร่างกายและด้านจิตใจ ($p < 0.05$) ตามลำดับ โดยจำนวนครั้งของการได้รับการอบรมไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เนื่องจากกิจกรรมที่จัดขึ้น ยังไม่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุได้ครอบคลุมทั้งทางร่างกายและด้านจิตใจ โดยผู้สูงอายุ 1 ใน 3 (32.8%) ได้รับการอบรมพัฒนาคุณภาพชีวิต มีผู้สูงอายุอีกร้อยละ 67.2 ที่ไม่ได้รับการอบรมพัฒนาคุณภาพชีวิต อธิบายได้ว่า เมื่อบุคคลมีอายุมากขึ้นสถานภาพทางสังคมจะลดลง แต่ผู้สูงอายุยังคงมีความต้องการทางสังคมเหมือนบุคคลในวัยกลางคน ดังนั้นการที่ผู้สูงอายุมีกิจกรรมที่ต่อเนื่องจากวัยที่ผ่านมา มีความสนใจและร่วมเป็นสมาชิกในกิจกรรมต่าง ๆ การจัดอบรมเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่จัดขึ้นนั้น เป็นวิธีการหนึ่งที่ช่วยกระตุ้นให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ครอบครัวและชุมชน ได้เล็งเห็นและตระหนักถึงความสำคัญของผู้สูงอายุ และช่วยกันพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุให้ดีขึ้น ในขณะที่เดียวกันการจัดอบรมทำให้ผู้สูงอายุได้แลกเปลี่ยน

ประสบการณ์ และสร้างภาคีเครือข่ายระหว่างผู้สูงอายุด้วยกัน จึงทำให้ผู้สูงอายุพึงพอใจในคุณภาพชีวิตทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ

5.2.10 ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุทั้งด้านร่างกายและด้านจิตใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ตามลำดับ โดยผู้สูงอายุที่รู้สึกว่าคุณค่าจะพอใจในคุณภาพชีวิตมาก พบว่า ผู้สูงอายุมีความรู้สึกว่าคุณค่ามาก เกี่ยวกับความภูมิใจในความรู้ความสามารถของตนเอง ร้อยละ 73.9 รองลงมา รู้สึกว่าคุณค่าและมีความสำคัญต่อครอบครัว ร้อยละ 69.8 และรู้สึกว่าคนในครอบครัวมีความอบอุ่นเมื่ออยู่ใกล้ชิดกับผู้สูงอายุ ร้อยละ 69.6 อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่ผ่านประสบการณ์ต่าง ๆ มากมาย ซึ่งเป็นบุคคลที่สำคัญและมีคุณค่าต่อครอบครัวและสังคม เกิดการยอมรับและเคารพนับถือจากคนในครอบครัวและสังคม ส่งผลให้ผู้สูงอายุรับรู้คุณค่าของตนเอง และตระหนักถึงศักยภาพ มีจิตใจที่เปิดกว้างและยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง พร้อมทั้งแสดงพฤติกรรมได้อย่างเหมาะสม มีความคิดสร้างสรรค์ มองโลกในแง่ดี รวมทั้งสามารถสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคลรอบข้างและสภาพแวดล้อมได้ดีขึ้น ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี สอดคล้องกับงานวิจัยของ วารี กังใจ⁽⁵¹⁾ วิจัยเกี่ยวกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ พบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 โดยผู้สูงอายุที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงจะทำให้เกิดแรงจูงใจในการดูแลตนเอง ทำให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการดูแลตนเองสูง ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีด้วย สอดคล้องกับงานวิจัยของแมคอูเลย์, มาเควซ, เจโรม และเดนเนอร์ (McAuley, Marquez, Jerome and Diener)⁽⁷⁶⁾ ที่วิจัยเกี่ยวกับกิจกรรมการออกกำลังกายกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในประเทศสหรัฐอเมริกา เมื่อปี พ.ศ.2547 จากจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 174 คน พบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยผู้สูงอายุที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงจะมีคุณภาพชีวิตที่ดี และงานวิจัยของ เวียสแมน และแฮนนิก (Wiesmann and Hannich)⁽⁷⁰⁾ ในเรื่อง ความผาสุกของผู้สูงอายุในประเทศเยอรมัน เมื่อปี พ.ศ.2550 จากจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 170 คน พบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์กับความผาสุกของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยผู้สูงอายุที่รู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงจะมีความผาสุกมาก

5.2.11 สัมพันธภาพในครอบครัว

สัมพันธภาพของผู้สูงอายุกับคนในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ของผู้สูงอายุทั้งด้านร่างกายและด้านจิตใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยผู้สูงอายุที่สัมพันธภาพในครอบครัวดีจะมีความพอใจในคุณภาพชีวิตมาก โดย สัมพันธภาพในครอบครัวของผู้สูงอายุที่มากและมากที่สุด เกี่ยวกับความรู้สึกผูกพันใกล้ชิดกับคนในครอบครัว ร้อยละ 72.8 รองลงมา รู้สึกว่าคนในครอบครัวให้การดูแลและรับฟังปัญหาด้วยความเอาใจใส่เมื่อเจ็บป่วย หรือทุกข์ใจ ร้อยละ 69.8 และรู้สึกว่าคนในครอบครัวทำให้รู้สึกอบอุ่นและสบายใจ ร้อยละ 20.1 สอดคล้องกับแนวคิดของเฟร็ดแมน (Friedman)⁽⁵³⁾ และมาร์โรว และวิลสัน (Morrow and Wilson)⁽⁵⁴⁾ ซึ่งกล่าวว่า หน้าที่ของครอบครัว ฟังปฏิบัติให้เกิดประโยชน์แก่สมาชิกในครอบครัว เพื่อให้สมาชิกในครอบครัวสามารถดำรงอยู่ในสังคมได้อย่างปกติ และเป็นแหล่งของการให้ความรักความอบอุ่น รวมทั้ง การให้ความช่วยเหลือและสนับสนุนในด้านต่าง ๆ เช่น การสนับสนุนด้านอารมณ์ มีการรักใคร่ผูกพันซึ่งกันและกัน มีความเห็นอกเห็นใจกัน มีความกลมเกลียว สามัคคีระหว่างสมาชิกในครอบครัว และมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน รวมถึงมีการพักผ่อนร่วมกันในครอบครัวอีกด้วย ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ รตนพรรษ โชติวนิช⁽⁷⁷⁾ วิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี พบว่า สัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 โดยผู้สูงอายุที่มีความสัมพันธ์ภาพในครอบครัวดี จะมีความพึงพอใจในชีวิตมากกว่าผู้สูงอายุ ที่มีสัมพันธภาพในครอบครัวที่ไม่ดี ทั้งนี้ เพราะคู่สมรส หรือบุตรหลาน ในครอบครัว สามารถเป็นที่พึ่งและให้กำลังใจแก่ผู้สูงอายุได้ สอดคล้องกับงานวิจัยของอรนุช อุดมสมฤดี⁽⁷⁸⁾ ได้วิจัยเรื่องสัมพันธภาพในครอบครัวกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลนครสวรรค์ จังหวัดนครสวรรค์ พบว่า สัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยครอบครัวเป็นสถาบันที่ดูแลผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุเป็นผู้ที่ต้องการความรัก ความเอาใจใส่จากครอบครัว การเคารพยกย่องให้ความสำคัญ ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเป็นบุคคลที่มีความหมาย แจ็คสัน (Jackson)⁽⁷⁹⁾ วิจัยเรื่องการส่งเสริมคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุ เมื่อปี พ.ศ.2543 พบว่า การมีปฏิสัมพันธ์ภายในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยที่การมีปฏิสัมพันธ์ภายในครอบครัวกันบ่อยครั้ง จะส่งผลให้ระดับคุณภาพชีวิตสูงขึ้น งานวิจัยของฟิลลิปส์ (Phillips)⁽⁸⁰⁾ เรื่องการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว ความสัมพันธ์กับเพื่อน และความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุหญิงในประเทศฮ่องกง เมื่อปี พ.ศ.2544 จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 60 คน พบว่า สัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ และสอดคล้องกับชุดิเกร ดันดิชยานิช⁽⁶³⁾ ได้วิจัยเรื่อง ความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดระยอง เมื่อปี พ.ศ.2551 จากจำนวนกลุ่มตัวอย่าง

400 คน พบว่า สัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยผู้สูงอายุที่สัมพันธภาพในครอบครัวดีจะมีความสุขในชีวิตมาก

2.5.12 การสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ทั้งด้านร่างกายและด้านจิตใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ตามลำดับ โดยผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจะมีความสุขในคุณภาพชีวิตมาก และพบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนเป็นประจำจากบุตรหลานหรือญาติมากที่สุด เกี่ยวกับการได้รับความช่วยเหลือเมื่อเจ็บป่วย เช่น การดูแล พาไปรักษา ซื้อมาหรือจัดหาให้ ร้อยละ 67.2 รองลงมาด้านการได้รับการปลอบโยนและให้กำลังใจ เมื่อรู้สึกไม่สบายใจ เสียใจ สูญเสีย ท้อแท้ใจ ร้อยละ 62.6 และด้านการได้รับคำแนะนำ ช่วยเหลือหรือได้รับกำลังใจเมื่อมีปัญหาหรือเรื่องก้ำกึ่ง ร้อยละ 58.8 อธิบายได้ว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นความจำเป็นพื้นฐานทางสังคมของผู้สูงอายุ ที่เกี่ยวข้องกับการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลหรือกลุ่มบุคคล มีอิทธิพลต่อสถานะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุทั้งทางตรงและทางอ้อม ทำให้ผู้สูงอายุได้รับการตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ช่วยให้ผู้สูงอายุมองโลกในแง่ดี ส่งผลให้เกิดการกระทำที่ดีและมีสุขภาพจิตที่ดี อารมณ์มั่นคง ลดความเครียด นอกจากนี้ การสนับสนุนทางสังคม ยังช่วยทดแทนความสูญเสียและการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ จะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ พรสุวรรณ จารุพันธ์⁽⁷⁵⁾ วิจัยเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยบางประการ กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จังหวัดชัยนาท พบว่า การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก จะมีคุณภาพชีวิตที่ดี และสอดคล้องกับงานวิจัยของชุดิไกร ตันติชัยวนิช⁽⁶³⁾ เรื่องความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดระยอง เมื่อปี พ.ศ.2551 จากจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 400 คน พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมดีจะมีความสุขในชีวิตมากสอดคล้องกับงานวิจัยของ โจนส์ (Jones) และคณะ⁽⁸¹⁾ ได้วิจัยเรื่องการรับรู้ และจิตสังคมต่อความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ ในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.001 งานวิจัยของ ฟิลลิปส์ และเซง (Phillips and Cheng)⁽⁸²⁾ ซึ่งวิจัยเกี่ยวกับ แรงสนับสนุนทางสังคมและความพึงพอใจในชีวิตในประเทศฮ่องกง เมื่อปี พ.ศ.2550 จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 518 คน พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยผู้สูงอายุที่ได้รับแรงสนับสนุนทาง

สังคมดีจะมีความพึงพอใจในชีวิตสูง และสอดคล้องกับงานวิจัยของเซทเตอร์, อัลเลนเดอร์, เวินแมน และแบส (Shechter, Auslander, Weinmann and Bass)⁽⁸⁷⁾ เรื่องคุณภาพชีวิตและการสนับสนุนทางสังคมหลังการผ่าตัดเส้นเลือดส่วนปลายในผู้ป่วยสูงอายุ พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ปัจจัยที่สามารถทำนาย คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

ชีวิตของผู้สูงอายุด้านร่างกายมี 6 ปัจจัย ได้แก่ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สภาวะสุขภาพ การเข้าร่วมกิจกรรมของชมรม การศึกษา อาชีพและอายุ โดยสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้านร่างกายได้ร้อยละ 30.5 และพบว่าปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้านจิตใจมี 5 ปัจจัย ได้แก่ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สภาวะสุขภาพ การเข้าร่วมกิจกรรมของชมรม การได้รับการอบรม และสัมพันธภาพในครอบครัว โดยสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้านจิตใจได้ร้อยละ 22.5 สามารถสร้างสมการทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชนบทอำเภอวังน้ำเขียว จังหวัดนครราชสีมา ได้ ดังนี้

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้านร่างกาย = $18.581 + 0.305$ (ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง) + 0.226 (ภาวะสุขภาพ) + 0.170 (การเข้าร่วมกิจกรรมของชมรม) + 0.132 (การศึกษา) + 0.090 (อาชีพ) - 0.084 (อายุ)

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้านจิตใจ = $18.426 + 0.175$ (ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง) + 0.173 (ภาวะสุขภาพ) + 0.204 (การเข้าร่วมกิจกรรมของชมรม) - 0.113 (การได้รับการอบรม) + 0.150 (สัมพันธภาพในครอบครัว)

ข้อจำกัดในการวิจัย

การวิจัยนี้การรายงานภาวะสุขภาพและเรื่องโรคเรื้อรัง เป็นลักษณะของการรายงานจากการรับรู้ของผู้ป่วย (Self-reported) ซึ่งอาจมีความคลาดเคลื่อนจากความเป็นจริง และการวิจัยนี้ไม่รวมผู้สูงอายุที่อยู่ในระยะบั้นปลาย (80 ปีขึ้นไป) เนื่องจากอาจมีปัญหาเรื่องการสื่อสารจากภาวะสุขภาพของร่างกาย จึงทำให้ผลการวิจัยไม่สามารถขยายผลไปถึงผู้สูงอายุในชนบทในภาพรวมได้

บทที่ 6

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบภาคตัดขวาง (Cross – sectional Study) มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และหาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะส่วนบุคคล ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สัมพันธภาพในครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชนบท อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดนครราชสีมา

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 – 79 ปี ที่พักอาศัยอยู่ในอำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดนครราชสีมา เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ สัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติตรงตามที่ผู้วิจัยกำหนดไว้ จำนวน 478 คน ทดสอบหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าสัมประสิทธิ์ของคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย เท่ากับ 0.93 คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ เท่ากับ 0.89 ด้านความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เท่ากับ 0.83 และด้านสัมพันธภาพในครอบครัว เท่ากับ 0.86 และ ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1 มิถุนายน 2553 – 31 กรกฎาคม 2553 วิเคราะห์โดยสถิติไคสแควร์ (Chi – Square) สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) และการวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression) โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

6.1 สรุปผลการวิจัย

ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ร้อยละ 55.6 มากกว่าครึ่งหนึ่งมีอายุระหว่างอายุ 60 – 69 ปี ร้อยละ 59.8 โดยมีอายุเฉลี่ย 68 ปี ผู้สูงอายุ 2 ใน 3 (68.8%) มีระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา ผู้สูงอายुर้อยละ 64.5 มีสถานภาพสมรสอยู่ ผู้สูงอายุที่ยังประกอบอาชีพ ร้อยละ 55.6 ลักษณะของครอบครัวของผู้สูงอายุ พบว่า ครึ่งหนึ่งอยู่แบบครอบครัวขยาย (50.4%) สุขภาพกายของผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุที่มีสุขภาพกายสมบูรณ์แข็งแรง ร้อยละ 52.3 ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว เกี่ยวกับโรคเรื้อรังที่พบมากที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 30.3 ผู้สูงอายุเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุและเข้าร่วมกิจกรรมร้อยละ 43.7 และผู้สูงอายุ 2 ใน 3 (67.2%) ไม่ได้รับการ

อบรมพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุมีความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 51.9 สัมพันธภาพในครอบครัวของผู้สูงอายุ อยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 54.6 ผู้สูงอายุเกือบทั้งหมดได้รับการสนับสนุนทางสังคม อยู่ในระดับต้องปรับปรุงร้อยละ 96.0 ผู้สูงอายุมีความพอใจกับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจร้อยละ 52.7 และพอใจด้านร่างกายร้อยละ 50.4 เมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตด้านร่างกายพบว่า ผู้สูงอายุพอใจในมิติด้านการรับรู้สุขภาพโดยทั่วไปสูงสุด คิดเป็นร้อยละ 48.7 คุณภาพชีวิตด้านจิตใจพบว่า ผู้สูงอายุพอใจในมิติด้านสุขภาพจิตสูงสุด คิดเป็นร้อยละ 45.6 ผู้สูงอายุมีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านร่างกายเท่ากับ 59.3 ค่าต่ำสุด 8.3 ค่าสูงสุด 98.9 และมีค่าเฉลี่ยด้านจิตใจเท่ากับ 60.2 โดยมีค่าต่ำสุด 21.4 ค่าสูงสุด 100

ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะส่วนบุคคลกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่า ลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ ภาวะสุขภาพ การเข้าร่วมกิจกรรมของชมรม อายุและการได้รับการอบรมพัฒนาคุณภาพชีวิต มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้านร่างกาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และพบว่าระดับการศึกษา ภาวะสุขภาพ การเข้าร่วมกิจกรรมของชมรม และการได้รับการอบรมพัฒนาคุณภาพชีวิต มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

ความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและสัมพันธภาพในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ทั้งด้านร่างกายและด้านจิตใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุทั้งด้านร่างกายและด้านจิตใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยผู้สูงอายุที่สัมพันธภาพในครอบครัวดีจะมีความพอใจในคุณภาพชีวิตมาก

ปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้านร่างกายมี 6 ปัจจัย ได้แก่ ความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ภาวะสุขภาพ การเข้าร่วมกิจกรรมของชมรม การศึกษา อาชีพและอายุ โดยสามารถอธิบายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้านร่างกายได้ร้อยละ 30.5 และพบว่าปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้านจิตใจมี 5 ปัจจัย ได้แก่ ความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ภาวะสุขภาพ การเข้าร่วมกิจกรรมของชมรม การได้รับการอบรม และสัมพันธภาพในครอบครัว โดยสามารถอธิบายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้านจิตใจได้ร้อยละ 22.5

6.2 ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. จากผลการวิจัย พบว่า ผู้สูงอายุยังไม่พอใจคุณภาพชีวิตของตนทั้งทางด้านร่างกายและด้านจิตใจ ร้อยละ 49.6 และ 47.3 ตามลำดับ ดังนั้นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ควรมีนโยบายและแผนงานโครงการ ในการดำเนินงานส่งเสริมและยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ชัดเจนและเป็นองค์รวม มีการสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอ ให้สอดคล้องกับความต้องการและวิถีการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ โดยการจัดสวัสดิการช่วยเหลือผู้สูงอายุให้ทั่วถึงและครอบคลุม เช่น การจัดตั้งกองทุนผู้สูงอายุ หรือสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ เช่น การรวมกลุ่มประกอบอาชีพเสริมรายได้ มีการจัดกิจกรรมพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ โดยส่งเสริมความรู้สึกรักคุณค่าในตนเอง ส่งเสริมสุขภาพในการดูแลตนเอง เช่น ส่งเสริมการออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด โดยมีกิจกรรมอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่อง โดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสัมพันธภาพในครอบครัวของผู้สูงอายุ จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไปในอนาคต

2. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ควรเข้ามามีบทบาทในส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยร่วมกันจัดกิจกรรมให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุ เช่น เรื่องการเปลี่ยนแปลงด้านต่าง ๆ ของร่างกายและจิตใจ เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุเพื่อให้ผู้สูงอายุเข้าใจ และยอมรับการเปลี่ยนแปลงเรื่องการดูแลตนเองและการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เป็นต้น ส่งเสริมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุให้ครอบคลุมและต่อเนื่อง โดยจัดบริการการเยี่ยมบ้าน เพื่อให้คำปรึกษาและให้บริการด้านการส่งเสริมสุขภาพขั้นพื้นฐานแก่ผู้สูงอายุ โดยให้ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรมบริการดูแลสุขภาพ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการวิจัยการพัฒนารูปแบบที่จะช่วยส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน

2. ควรมีการวิจัยเปรียบเทียบระดับคุณภาพชีวิตระหว่างชุมชนชนบทในพื้นที่ต่าง ๆ เพื่อจะได้ทราบว่าชุมชนใดประสบความสำเร็จ ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนของตน มากน้อยต่างกันเพียงใด และปัจจัยใดบ้างที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต เพื่อนำผลการวิจัยที่ได้ไปวางแผนและจัดทำโครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในชนบทให้ดีขึ้น

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชนบท อำเภอวังน้ำเขียว จังหวัดนครราชสีมา

QUALITY OF LIFE OF RURAL ELDERLY IN WANGNAMKHEAW DISTRICT,
NAKHONRATCHASIMA PROVINCE

ชุดิเดช เจียนดอน 5136364 PHPH/M

วท.ม.(สาธารณสุขศาสตร) สาขาวิชาเอกบริหารสาธารณสุข

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: นวรัตน์ สุวรรณพอง, พบ.ค.(ประชากรและการพัฒนา), นพพร
โหวธีระกุล, Ph.D.(MEDICINE & HEALTH SCIENCES), จีวีวรรณ บุญสุขา, M.S.P.H. (BIOSTATISTICS)

บทสรุปแบบสมบูรณ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันวิทยาการทางการแพทย์และสาธารณสุข ได้พัฒนาก้าวหน้าไปเป็นอันมาก การบำบัดรักษา ป้องกันโรคภัยต่าง ๆ มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ประชากรมีอายุขัยเฉลี่ยเพิ่มมากขึ้น จากจำนวนประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ประชากรโลกกำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ จากการคาดประมาณ ปี พ.ศ.2550 มีจำนวนผู้สูงอายุมากถึง 600 ล้านคนทั่วโลก และจะเพิ่มขึ้นเป็นสองเท่าในปี พ.ศ.2568 หรือในกลุ่มประชากรทุก 7 คน จะพบผู้สูงอายุ 1 คน และจะมีผู้สูงอายุถึง 2,000 ล้านคน ในปี พ.ศ.2593⁽¹⁾ โดยส่วนใหญ่จะอยู่ในประเทศกำลังพัฒนา จากการเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุทั่วโลก ในช่วงที่ผ่านมาแนวโน้มประชากรของประเทศไทยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ส่งผลกระทบให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ทั้งทางด้านเศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อมและโครงสร้างประชากร จากอดีตเคยมีเด็กจำนวนมาก แต่ในปัจจุบันพบว่า จำนวนเด็กลดลง วัยแรงงานเพิ่มขึ้นแต่เพิ่มในอัตราค่อนข้างต่ำ สำหรับแนวโน้มผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มขึ้นในอัตราที่สูงกว่าวัยแรงงาน จากสถานการณ์ข้างต้น ทำให้ประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ด้วยเงื่อนไขมีประชากรผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 10 และประเทศไทยเข้าเงื่อนไขนี้มาตั้งแต่ปี พ.ศ.2548 ด้วยสถิติผู้สูงอายุ ร้อยละ 10.4 ร้อยละ 10.5 ร้อยละ 10.7 ในปี พ.ศ.2548 ถึงปี พ.ศ.2550 ตามลำดับ และในปี พ.ศ.2551 ประเทศไทยมีประชากรทั้งหมด 63,121,000 คน เป็นผู้สูงอายุ 7,042,000 คน คิดเป็นร้อยละ 11.2⁽²⁾ ซึ่งแสดงให้เห็นถึงการเพิ่มขึ้นของจำนวน

ประชากรผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง จากการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประเทศไทย ส่งผลกระทบต่อสังคม เศรษฐกิจ ตลอดจนการจัดสรรทรัพยากรทางสุขภาพและสังคมของประเทศอย่างต่อเนื่องในระยะยาว

จำนวนประชากรผู้สูงอายุ 1 ใน 3 ของผู้สูงอายุทั้งประเทศ อาศัยอยู่ทางภาค ตะวันออกเฉียงเหนือและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี จากร้อยละ 29.9 ในปี พ.ศ.2537 เป็นร้อยละ 33.6 ในปี พ.ศ.2550 จังหวัดนครราชสีมาเป็นจังหวัดขนาดใหญ่ มีประชากรมากเป็นอันดับ 2 ของประเทศ ตั้งแต่ปี พ.ศ.2548 จังหวัดนครราชสีมา⁽³⁾ พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ อยู่ในภาคเกษตรกรรม ไม่ได้รับ การศึกษา ขาดการเตรียมตัวเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ ประกอบกับความเสื่อมของร่างกาย จิตใจ ทำให้มี ปัญหาด้านสุขภาพ รวมถึงผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจและสังคมที่เปลี่ยนไป มีผู้สูงอายุจำนวนหนึ่ง ถูกทอดทิ้งหรือมีภาระในการดูแลบุตรหลานที่ผู้ปกครองไปทำงานที่อื่น ผู้สูงอายุเหล่านี้จึงมีปัญหา ด้านสุขภาพ ไม่สามารถปรับตัวในการดูแลตนเองได้ จึงกลายเป็นภาระสังคมต่อไปมากขึ้นเรื่อย ๆ⁽⁴⁾ มีหน่วยงานของรัฐหลายหน่วยงาน ได้เล็งเห็นความสำคัญของปัญหาดังกล่าว เช่น สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นต้น ได้เข้ามามีบทบาทในการ แก้ไขปัญหาผู้สูงอายุมากขึ้น ด้วยกระแสการตื่นตัวในการดูแลสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุมากขึ้น มีการ จัดบริการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อตอบสนองนโยบายและช่วยให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดีทั้งร่างกาย จิตใจ สามารถดูแลช่วยเหลือตนเองได้ มีคุณภาพชีวิตที่ดี จึงได้มีการจัดตั้งศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ขึ้นที่อำเภอวังน้ำเขียว จังหวัดนครราชสีมา เมื่อปี พ.ศ.2548 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาคุณภาพ ชีวิตและสร้างเครือข่ายให้กับผู้สูงอายุ แต่กิจกรรมได้ดำเนินการอบรมเพียงเท่านั้น ยังขาดการติดตาม และการทำงานเชิงรุกในชุมชนอย่างต่อเนื่อง

อำเภอวังน้ำเขียว จังหวัดนครราชสีมา เป็นอำเภอขนาดเล็ก ประกอบด้วย 5 ตำบล ได้แก่ ตำบลวังน้ำเขียว ตำบลอุดมทรัพย์ ตำบลไทยสามัคคี ตำบลวังหมี และตำบลระเริง มีจำนวน หมู่บ้านทั้งหมด 83 หมู่บ้าน ประชากร ณ วันที่ 1 กรกฎาคม พ.ศ.2551 จำนวน 35,796 คน มีจำนวน ผู้สูงอายุ 4,297 คน คิดเป็นร้อยละ 12.0⁽⁵⁾ ประชาชนส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ทำไร่มัน ลำปะหูล และไร่ข้าวโพด เนื่องจากพื้นที่ส่วนใหญ่เป็นภูเขาสลับกับที่ราบสูง ไม่มีระบบ ชลประทาน จึงไม่เหมาะกับการทำนา ประชากรมาจากหลากหลายพื้นที่ เนื่องจากในอดีตพื้นที่ ดังกล่าวไม่มีใครมาอยู่เนื่องจากเป็นป่าเขา ยากแก่การประกอบอาชีพ ต่อมาเมื่อมีพวกที่อพยพมาจาก ต่างจังหวัดเข้ามาจับจองที่ดินทำกิน จนกลายเป็นชุมชนขึ้นมาจนถึงปัจจุบัน การเพิ่มขึ้นของจำนวน ผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง ในอำเภอวังน้ำเขียว จังหวัดนครราชสีมา ทำให้สังคมต้องรับภาระในการดูแล ผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย การเสื่อมสภาพตามวัย เกิดความเจ็บป่วย การแพทย์และสาธารณสุขต้องรับภาระในการดูแลเพิ่มมากขึ้น ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ จาก สถานการณ์และสภาพปัญหา ผู้วิจัยจึงทำการวิจัยคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชนบท อำเภอวังน้ำเขียว

จังหวัดนครราชสีมา โดยกำหนดกลุ่มประชากรผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60 – 79 ปี ซึ่งมีทั้งหมด 3,926 คน เนื่องจากผู้สูงอายุเหล่านี้มีความสามารถในการรับรู้ สามารถให้ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ได้ เพื่อค้นหาปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต และนำผลการวิจัยไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการดูแล และพัฒนาให้เป็นระบบ เพื่อให้ผู้สูงอายุในชนบทสามารถดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างเหมาะสมช่วยเหลือตนเองได้ ไม่เป็นภาระแก่ผู้อื่นและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

วัตถุประสงค์ เพื่อ

1. ประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชนบท อำเภอวังน้ำเขียว จังหวัดนครราชสีมา
2. อธิบายลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ ลักษณะของครอบครัว ภาวะสุขภาพ การเข้าร่วมกิจกรรมของชมรม และการได้รับการอบรมพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชนบท อำเภอวังน้ำเขียว จังหวัดนครราชสีมา
3. ประเมินความรู้สึกลึกมีคุณค่าในตนเอง สัมพันธภาพในครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุในชนบท อำเภอวังน้ำเขียว จังหวัดนครราชสีมา
4. หาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะส่วนบุคคล ความรู้สึกลึกมีคุณค่าในตนเอง สัมพันธภาพในครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชนบท อำเภอวังน้ำเขียว จังหวัดนครราชสีมา

วิธีการศึกษาวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบภาคตัดขวาง (Cross – sectional Study) มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และหาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะส่วนบุคคล ความรู้สึกลึกมีคุณค่าในตนเอง สัมพันธภาพในครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชนบท อำเภอวังน้ำเขียว จังหวัดนครราชสีมา กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 - 79 ปี ที่พักอาศัยอยู่ในอำเภอวังน้ำเขียว จังหวัดนครราชสีมา เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ สัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติตรงตามที่ผู้วิจัยกำหนดไว้ จำนวน 478 คน ทดสอบหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าสัมประสิทธิ์ของคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย เท่ากับ 0.93 คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ เท่ากับ 0.89 ด้านความรู้สึกลึกมีคุณค่าในตนเอง เท่ากับ 0.83 และด้านสัมพันธภาพในครอบครัว เท่ากับ 0.86 ระยะเวลา

ในการเก็บข้อมูล ระหว่างวันที่ 1 มิถุนายน 2553 – 31 กรกฎาคม 2553 วิเคราะห์โดยสถิติไคสแควร์ (Chi – Square) สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) และการวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression) โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ร้อยละ 55.6 มากกว่าครึ่งหนึ่งมีอายุระหว่างอายุ 60 – 69 ปี ร้อยละ 59.8 โดยมีอายุเฉลี่ย 68 ปี ผู้สูงอายุ 2 ใน 3 (68.8%) มีระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา ผู้สูงอายุ ร้อยละ 64.5 มีสถานภาพสมรสคู่ ผู้สูงอายุไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 44.4 ลักษณะของครอบครัวของผู้สูงอายุ พบว่า ครึ่งหนึ่งอยู่แบบครอบครัวขยาย (50.4%) สุขภาพกายของผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุที่มีสุขภาพกายสมบูรณ์แข็งแรง ร้อยละ 52.3 ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว เกี่ยวกับโรคเรื้อรังที่พบมากที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 30.3 ผู้สูงอายุเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุและเข้าร่วมกิจกรรม ร้อยละ 43.7 และผู้สูงอายุ 2 ใน 3 (67.2%) ไม่ได้ได้รับการอบรมพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุมีความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 51.9 ระดับสัมพันธภาพในครอบครัวของผู้สูงอายุพบว่า อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 54.6 และผู้สูงอายุเกือบทั้งหมด การสนับสนุนทางสังคม อยู่ในระดับต้องปรับปรุง ร้อยละ 96.0 ผู้สูงอายุมีความพอใจกับคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ร้อยละ 50.4 และพอใจด้านจิตใจ ร้อยละ 52.7 เมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตด้านร่างกายพบว่า ผู้สูงอายุพอใจในมิติด้านการรับรู้สุขภาพโดยทั่วไปสูงสุด คิดเป็นร้อยละ 48.7 คุณภาพชีวิตด้านจิตใจพบว่า ผู้สูงอายุพอใจในมิติด้านสุขภาพจิตสูงสุด คิดเป็นร้อยละ 45.6 ผู้สูงอายุมีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านร่างกายเท่ากับ 59.3 ค่าต่ำสุด 8.3 ค่าสูงสุด 98.9 และมีค่าเฉลี่ยด้านจิตใจเท่ากับ 60.2 โดยมีค่าต่ำสุด 21.4 ค่าสูงสุด 100

ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะส่วนบุคคล กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่า ลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ ภาวะสุขภาพ การเข้าร่วมกิจกรรมของชมรม อายุและการได้รับการอบรมพัฒนาคุณภาพชีวิต มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้านร่างกาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และพบว่าระดับการศึกษา ภาวะสุขภาพ การเข้าร่วมกิจกรรมของชมรม และการได้รับการอบรมพัฒนาคุณภาพชีวิต มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

ความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุทั้งด้านร่างกายและด้านจิตใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ตามลำดับ โดยผู้สูงอายุที่รู้สึก

ตนเองมีคุณค่าจะพอใจในคุณภาพชีวิตมาก สัมพันธภาพของผู้สูงอายุกับคนในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุทั้งด้านร่างกายและด้านจิตใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยผู้สูงอายุที่สัมพันธภาพในครอบครัวดี จะมีความพอใจในคุณภาพชีวิตมาก การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ทั้งด้านร่างกายและด้านจิตใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมดีจะมีความพอใจในคุณภาพชีวิตมาก

จากการวิเคราะห์โดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์ตัวแปรหลายตัว พบว่า ปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้านร่างกายมี 6 ปัจจัย ได้แก่ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สภาพะสุภาพ การเข้าร่วมกิจกรรมของชมรม การศึกษา อาชีพและอายุ โดยสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้านร่างกายได้ร้อยละ 30.5 และพบว่าปัจจัยที่สามารถคาดทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้านจิตใจมี 5 ปัจจัย ได้แก่ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สภาพะสุภาพ การเข้าร่วมกิจกรรมของชมรม การได้รับการอบรม และสัมพันธภาพในครอบครัว โดยสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้านจิตใจได้ร้อยละ 22.5 สามารถสร้างสมการ เพื่อใช้ในการทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชนบทอำเภอน้ำเขียว จังหวัดนครราชสีมา ได้ ดังนี้

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้านร่างกาย = $18.581 + 0.305$ (ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง) + 0.226 (สภาพะสุภาพ) + 0.170 (การเข้าร่วมกิจกรรมของชมรม) + 0.132 (การศึกษา) + 0.090 (อาชีพ) - 0.084 (อายุ)

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้านจิตใจ = $18.426 + 0.175$ (ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง) + 0.173 (สภาพะสุภาพ) + 0.204 (การเข้าร่วมกิจกรรมของชมรม) - 0.113 (การได้รับการอบรม) + 0.150 (สัมพันธภาพในครอบครัว)

อภิปรายผล

จากผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุในชนบท อำเภอน้ำเขียว จังหวัดนครราชสีมา ผู้สูงอายุมีความพอใจกับคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ร้อยละ 50.4 และพอใจด้านจิตใจ ร้อยละ 52.7 โดยมีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านร่างกายและด้านจิตใจเท่ากับ 59.3 และ 60.2 ผลการวิจัยยังพบว่า ปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้านร่างกายมี 6 ปัจจัย ได้แก่ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สภาพะสุภาพ การเข้าร่วมกิจกรรมของชมรม การศึกษา อาชีพและอายุ โดยสามารถอธิบายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้านร่างกายได้ร้อยละ 30.5 และปัจจัยที่มีสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้านจิตใจมี 5 ปัจจัย ได้แก่ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สภาพะสุภาพ การเข้าร่วมกิจกรรมของชมรม การ

ได้รับการอบรม และสัมพันธภาพในครอบครัว โดยสามารถอธิบายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้านจิตใจได้ร้อยละ 22.5 ซึ่งระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองระดับปานกลาง ร้อยละ 51.9 ผู้สูงอายุที่สุขภาพแข็งแรง ร้อยละ 52.3 ตามลำดับ ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ ร้อยละ 56.3 โดยผู้สูงอายุที่รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่ามาก มีสุขภาพแข็งแรง และเข้าร่วมกิจกรรมของชมรม จะมีความพอใจในคุณภาพชีวิตทั้งด้านร่างกายและด้านจิตใจมาก จะเห็นได้ว่าร้อยละของระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ภาวะสุขภาพ และการเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ อยู่ในระดับปานกลาง ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความพอใจในคุณภาพชีวิตทั้งด้านร่างกายและด้านจิตใจ อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของสุวัฒน์ ศรีสรจักร์, อรุณ ภาชีน, วันทนีย์ จำเพ็ญ และลักขณา เดิมศิริกุลชัย⁽⁶⁾ วิจัยเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุชนบท จังหวัดนครราชสีมา พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 43.6 เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่อาศัยอยู่ร่วมกับคู่สมรสและบุตรหลาน สามารถประกอบอาชีพเพื่อหารายได้ด้วยตนเอง งานวิจัยของ พรเทพ ศิริวนารังสรรค์ และคณะ⁽⁷⁾ เรื่องคุณภาพชีวิตและภาวะซึมเศร้า ของผู้สูงอายุในประเทศไทย เมื่อปี พ.ศ.2546 พบว่าระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อยู่ในระดับปานกลาง และสอดคล้องกับงานวิจัยในต่างประเทศของเวอร์มา, กุสุมา และบาบู (Varma, Kusuma and Babu)⁽⁸⁾ ที่วิจัยเรื่องภาวะสุขภาพที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ที่อาศัยอยู่ในชุมชนชนบท และบ้านพักคนชรา ในประเทศอินเดีย เมื่อปี พ.ศ.2551 พบว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนชนบทของประเทศอินเดียมีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านร่างกายและด้านจิตใจเท่ากับ 49.0 และ 53.0 ตามลำดับ

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ทั้งด้านร่างกายและด้านจิตใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ตามลำดับ โดยผู้สูงอายุที่รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าจะพอใจในคุณภาพชีวิตมาก พบว่า ผู้สูงอายุมีความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่ามาก เกี่ยวกับความภูมิใจในความรู้ความสามารถของตนเอง ร้อยละ 73.9 รองลงมารู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าและมีความสำคัญต่อครอบครัว ร้อยละ 69.8 และรู้สึกว่าคนในครอบครัวมีความอบอุ่นเมื่ออยู่ใกล้ชิดกับผู้สูงอายุ ร้อยละ 69.6 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ วารี กังใจ⁽⁹⁾ วิจัยเกี่ยวกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ พบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 โดยผู้สูงอายุที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงจะทำให้เกิดแรงจูงใจในการดูแลตนเอง ทำให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการดูแลตนเองสูง ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีด้วย สอดคล้องกับงานวิจัยของ แมคอาลีย์, มาควีส, เจรอม และเดนเนอร์ (McAuley, Marquez, Jerome and Diener)⁽¹⁰⁾ ที่วิจัยเกี่ยวกับกิจกรรมการออกกำลังกาย กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยผู้สูงอายุที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงจะมีคุณภาพชีวิตที่ดี

สัมพันธภาพของผู้สูงอายุกับคนในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุทั้งด้านร่างกายและด้านจิตใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยผู้สูงอายุที่สัมพันธภาพในครอบครัวดีจะมีความพอใจในคุณภาพชีวิตมาก พบว่า สัมพันธภาพในครอบครัวของผู้สูงอายุที่มากและมากที่สุด เกี่ยวกับความรู้สึกผูกพันใกล้ชิดกับคนในครอบครัว ร้อยละ 72.8 รองลงมา รู้สึกว่าคนในครอบครัวให้การดูแลและรับฟังปัญหาด้วยความเอาใจใส่เมื่อเจ็บป่วย หรือทุกข์ใจ ร้อยละ 69.8 และรู้สึกว่าคนในครอบครัวทำให้รู้สึกอบอุ่นและสบายใจ ร้อยละ 20.1 สอดคล้องกับแนวคิดของมาร์โรว์ และวิลสัน (Morrow and Wilson)⁽¹¹⁾ ซึ่งกล่าวว่า หน้าที่ของครอบครัวพึงปฏิบัติให้เกิดประโยชน์แก่สมาชิกในครอบครัว เพื่อให้สมาชิกในครอบครัวสามารถดำรงอยู่ในสังคมได้อย่างปกติ และเป็นแหล่งของการให้ความรักความอบอุ่น รวมทั้ง การให้ความช่วยเหลือและสนับสนุนในด้านต่าง ๆ เช่น การสนับสนุนด้านอารมณ์ มีการรักใคร่ผูกพันซึ่งกันและกัน มีความเห็นอกเห็นใจกัน มีความกลมเกลียว สามัคคีระหว่างสมาชิกในครอบครัว และมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน รวมถึงมีการพักผ่อนร่วมกันในครอบครัวอีกด้วย ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ รตนพรพรหม โชติวนิช⁽¹²⁾ วิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี พบว่า สัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และสอดคล้องกับงานวิจัยของแจ็กสัน (Jackson)⁽¹³⁾ วิจัยเรื่อง การส่งเสริมคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุ พบว่า การมีปฏิสัมพันธ์ภายในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุทั้งด้านร่างกายและด้านจิตใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ตามลำดับ โดยผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมดีจะมีความพอใจในคุณภาพชีวิตมาก และพบว่า ผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนเป็นประจำจากบุตรหลานหรือญาติมากที่สุด เกี่ยวกับด้านการได้รับความช่วยเหลือเมื่อเจ็บป่วย เช่น การดูแล พาไปรักษา ซักยาหรือจัดหาให้ ร้อยละ 67.2 รองลงมาด้านการได้รับการปลอบโยนและให้กำลังใจ เมื่อรู้สึกไม่สบายใจ เสียใจ สูญเสีย พ่อแม่ใจ ร้อยละ 62.6 และด้านการได้รับคำแนะนำช่วยเหลือหรือได้รับกำลังใจเมื่อมีปัญหาหรือเรื่องก่อกวน ร้อยละ 58.8 สอดคล้องกับงานวิจัยของ พรสุวรรณ จารุพันธ์⁽¹⁴⁾ วิจัยเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยบางประการ กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จังหวัดชัยนาท พบว่า การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากจะมีคุณภาพชีวิตที่ดี และสอดคล้องกับงานวิจัยของเชคเตอร์, อัสแลนด์เดอร์, เวียนแมน และแบส (Shechter, Auslander, Weinmann and Bass)⁽¹⁵⁾ เรื่องคุณภาพชีวิตและการสนับสนุนทางสังคมหลังการผ่าตัดเส้นเลือดส่วนปลายในผู้ป่วยสูงอายุ พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. จากผลการวิจัย พบว่า ผู้สูงอายุยังไม่พอใจคุณภาพชีวิตของตนทั้งทางด้านร่างกายและด้านจิตใจ ร้อยละ 49.6 และ 47.3 ตามลำดับ ดังนั้นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ควรมีนโยบายและแผนงาน โครงการ ในการดำเนินงานส่งเสริม และยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ชัดเจนและเป็นองค์รวม มีการสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอ ให้สอดคล้องกับความต้องการ และวิถีการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ โดยการจัดสวัสดิการช่วยเหลือผู้สูงอายุให้ทั่วถึงและครอบคลุม เช่น การจัดตั้งกองทุนผู้สูงอายุ หรือสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ เช่น การรวมกลุ่มประกอบอาชีพเสริมรายได้ มีการจัดกิจกรรมพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ โดยเน้นการส่งเสริมความรู้สึกรักมีคุณค่าในตนเอง และส่งเสริมสุขภาพให้กับผู้สูงอายุ เช่น ส่งเสริมการออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด โดยมีกิจกรรมอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่อง ให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสัมพันธภาพในครอบครัวของผู้สูงอายุอีกทางหนึ่ง จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไปในอนาคต

2. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ควรเข้ามามีบทบาทในส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยร่วมกันจัดกิจกรรมให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุ เช่น เรื่องการเปลี่ยนแปลงด้านต่าง ๆ ของร่างกายและจิตใจ เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุเพื่อให้ผู้สูงอายุเข้าใจ และยอมรับการเปลี่ยนแปลง เรื่องการดูแลตนเองและการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เป็นต้น ส่งเสริมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุให้ครอบคลุมและต่อเนื่อง โดยจัดบริการการเยี่ยมบ้าน เพื่อให้คำปรึกษาและให้บริการด้านการส่งเสริมสุขภาพขั้นพื้นฐานแก่ผู้สูงอายุ โดยให้ครอบครัว และชุมชนมีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรมบริการดูแลสุขภาพ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการวิจัยการพัฒนารูปแบบที่จะช่วยส่งเสริม และพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน

2. ควรมีการวิจัยเปรียบเทียบระดับคุณภาพชีวิต ระหว่างชุมชนชนบทในพื้นที่ต่าง ๆ เพื่อจะได้ทราบว่าชุมชนใดประสบความสำเร็จ ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนของตน มากน้อยต่างกันเพียงใด และปัจจัยใดบ้างที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต เพื่อนำผลการวิจัยที่ได้ไปวางแผนและจัดทำโครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในชนบทให้ดีขึ้น

QUALITY OF LIFE OF RURAL ELDERLY IN WANGNAMKHEAW DISTRICT,
NAKHONRATCHASIMA PROVINCE, THAILAND

CHUTIDECH JIANDON 5136364 PHPH/M

M.Sc.(PUBLIC HEALTH) MAJOR IN HEALTH ADMINISTRATION

THESIS ADVISORY COMMITTEE: NAWARAT SUWANNAPONG, Ph.D.
(POPULATION AND DEVELOPMENT), NOPPORN HOWTEERAKUL, Ph.D.
(MEDICINE & HEALTH SCIENCES), CHAWEEWON BOONSUYAR, M.S.P.H.
(BIOSTATISTICS)

EXETENDED SUMMARY

Background and Significance of the Problem

At present, medical and public health technology has progressed at a large scale coupled with the efficiency of diseases' treatment and prevention and the increase of life expectancy. Due to increases of the number of the elderly gradually and the world population is going to the society of the elderly. According to the estimation, in 2007 there were 600 million elderly worldwide and the number will be double in 2025, another words, in every seven people there will be one elderly. And the number of the elderly will be 2,000 million people in 2050.⁽¹⁾ The highest percentages of the elderly are in developing countries. From the increasing number of the elderly worldwide, in Thailand, during the past years, the trend of Thai population has been increasing continuously which affected the economic, social environmental changes as well as population structure. In the past, there were a large number of children but at present, the number of children has decreased while the working - age has increased with rather slow rate. Regarding the trend of the elderly, the number of the elderly has been increasing with the higher rate than those of the working age group. From the aforementioned situation, Thailand is going to enter the 'society of

the elderly' with the condition that the number of the elderly is higher than 10 %. Thailand has fit with this condition since the year 2005 with the following statistics: 10.5%, 10.5% and 10.7% in the years 2005-2007 respectively. In 2008, the population of Thailand were 63,121,000, of whom, 7,042,000 elderly at 11.2%⁽²⁾. It is evident that the number of the elderly has increased continuously. Being in the 'society of the elderly' has many impacts on society, economics as well as the allocation of health-related and social resources of the country continuously in the long run.

One-third of Thai elderly were in the north-eastern region. The trend has increased every year, from 29.9 % in 1994 to 33.6 % in 2005. Nakhonratchasima is a big province with the second rank of population number of the country. In 2005, it was found that the majority of the elderly in Nakhonratchasima Province⁽³⁾ was in the agricultural section, had low level of education, and lacked the preparation for being in the old age. Due to the degeneration of physical and mental, the elderly were found to have health problems. The impacts of the economic and social changes have led to the situation that there are some elderly who are suffering from neglect or have to take care of their grand children whose parents have left to work in other provinces. Therefore, these elderly have health problems and are not able to adjust themselves in taking care of themselves then turns to be the burden of the society⁽⁴⁾. There are many government organizations that realizes the importance of the problems mentioned, for example, Nakhonratchasima Provincial Public Health office and Local Administration Offices. have served roles in solving problems of the elderly. With the higher level of awareness in taking care of the elderly group, more services have been provided for the elderly. In order to respond to the policy and to help the elderly on physical health and mental health, be able to help themselves, and have better quality of life, the Center for Development Ellery's Quality of Life has been established in Wangnamkheaw District, Nakhonratchasima Province, in 2005, with the aim to develop quality of life and network for the elderly. However, only training program has been organized but still lack of continuous follow - up and proactive activities in community.

Wangnamkheaw District, Nakhonratchasima Province, is a small district composed of 5 sub districts which include Wangnamkheaw, Udomsup, Thaisamukkee, Wangmee, and Rarueng. There are 81 villages in Wangnamkheaw District. The number

of population, at July 1, 2008, was 35,794, of whom, there were 4,297 elderly which was 12.0% ⁽⁵⁾. The majority of the population earn their living as agricultures, cassava farmers and corn farmers. Because most of the land are mountains and some plants, with no irrigation system, so the lands are not appropriate for growing rice. The population of this district are from various provinces. In the past, there were less people in this area among to many mountains and the lands were not appropriate for any vocations. Later, there were some people from other provinces moving in and utilizing the lands for agriculture and this became a community since then. The continuous increasing number of the elderly in Wangnamkheaw District burdens to the society to take care of the elderly. Among the elderly, there were physical changes, degeneration of body organs health problems, medical and public health organizations have to take care of them. This situation affected the elderly's quality of life. As a result of aforementioned situation and problems, the researcher carried out the study about quality of life of the elderly in Wangnamkheaw District, Nakhonratchasima Province by setting the population group of the elderly aged 60-79 years, totally 3,926 elderly, whose these elderly could be able to perceive and give information. The objectives of this study are to determine the important factors affecting quality of life and to utilize these data as the basic data for developing a system to enhance the elderly quality of life and be able to live in the society appropriately as well as to help themselves, not being a burden of others and live their lives happily.

Research Objectives

1. To assess the quality of life of rural elderly in Wangnamkheaw District, Nakhonratchasima Province.
2. To describe general characteristics as regard to sex, age, education level, marital status, occupation, family members, health status, participation in social activities, having been trained on quality of life development of rural elderly in Wangnamkheaw District, Nakhonratchasima Province.
3. To assess self-esteemed, family relations, and social supports of rural elderly, Wangnamkheaw District, Nakhonratchasima Province.

4. To determine the relationship between general characteristics, self-esteem, family relations, social supports and quality of life of the rural elderly, Wangnamkheaw District, Nakhonratchasima Province.

Research Methods

This cross-sectional study was aimed to assess the quality of life of elderly and to determine the relationship between general characteristics, self - esteemed, family relations, social supports, and quality of life of the rural elderly, Wangnamkheaw District, Nakhonratchasima Province. The samples were the elderly aged 60-79 years residing in Wangnamkheaw District, Nakhonratchasima Province. The data were collected by using interview schedule with 478 elderly who were selected in accordance with the criteria set. Reliability of the interview schedule was tested by employing Cronbach's Alpha Coefficient. The reliability values of the interview schedule part on 'self-esteem', 'family relation', 'quality of life on physical health', and 'quality of life on mentall health' were 0.83, 0.86, 0.93 and 0.89 respectively. The data were collected during June 1-July 31, 2010. Statistics used were Chi-square, Pearson's Product Moment Correlation Coefficient, and Stepwise Multiple Regression were applied. Significant was set at 0.05.

Results

The results showed that: percentage of elderly females was higher that of males at 55.6%; more that half of the samples aged 60-69 years at 59.8% with the average age of 68 years; two-third of the samples at 68.8% finished primary school; 64.5 % were married; and 44.4% did not work. Regarding family relation, it was found that half of the samples were extended families at 50.4% there were 52.3% of the samples who had physical health. Among the samples who had concomitant diseases in regard to chronic diseases, the chronic disease found most was hypertension at 30.3%. There were 43.7% who were the members of the elderly club and had participated in the club's activities while two-third of them at 67.2% had ever been trained in quality of life development. There were 51.9% who had a 'moderate' level of self-esteem and almost all of them at 96.0% received social support at the level of 'Need

to be improved'. In regard to quality of life satisfaction it was found that 50.4% of them satisfied with their quality of life in regard to physical health which 52.7% satisfied with their quality of life in regard to mental health when the consideration was made about quality of life related to physical health 48.7% of them were found to satisfy with the general health perception at a 'highest' level while in regard to mental health, 45.6% were found to satisfy with mental health at a 'highest' level. The mean score of the quality of life related to physical health of the sampled elderly was found to be 59.3, with the minimum score of 8.3 and the maximum score of 98.9 while the mean score of quality of life related to mental health was 60.2, with the minimum score of 21.4 and the maximum score of 100.

Regarding the relationship between personal characteristics and quality of life among the elderly, Factors which were significantly associated with quality of life of physical health were sex, educational level, marital status, occupation, health status, participation in the elderly club's activities, age, and having been trained in quality of life development, and quality of life ($p < 0.05$). In addition, factors which were significantly associated with quality of life of mental health were education, health status, participation in the elderly club's activities, and having been trained in quality of life development, and quality of life (< 0.05).

The elderly's self-esteem was found to related significantly with quality of life as related to both physical health and mental health ($p < 0.001$) whereas the elderly who had self-esteem were found to have a 'high' level of satisfaction about their quality of life. Relationship between the elderly and family members was related significantly with the elderly's quality of life to physical health and mental health ($p < 0.001$), Whereas those elderly who had a 'good' family relation had a 'high' level of satisfaction about their quality of life. The significant relationship was found between social support and quality of life to life. The significant relationship was found between social support and quality of life to physical health and mental health ($p < 0.05$) whereas those who received 'good' social support were found to have a 'high' level of satisfaction about their quality of life.

According to the Stepwise Multiple Regression Analysis used, factors that were found to be able to predict the elderly's quality of life to physical health were : self-esteem ; health status, participation in the elderly club's activities, educational level,

occupation, and age. These variables could predict the quality of life to physical health be 30.5%. And it was found that there were 5 factors that could predict the elderly's quality of life to mental health, those factors were self-esteem, health status, participation in the elderly club's activities, and family relations. All of them together could predict the quality of life as regard to psychological well-being by 22.5 %. The equations could be made for predicting quality of life of the elderly in Wangnamkheaw District, Nakhonratchasima Province, as follows:

Quality of the Life of the Elderly on

Physical health = $18.581 + 0.305$ (self-esteem)

+ 0.173 (health status)

+ 0.204 (participation in elderly club's activities)

+ 0.132 (education level) + 0.090 (occupations)

- 0.084 (age)

Quality of the Life of the Elderly on

Mental health = $18.426 + 0.175$ (self-esteem)

+ 0.173 (health status)

+ 0.204 (participation in elderly club's activities)

- 0.113 (having been trained in quality of life

development)

+ 0.150 (family relations)

Discussion

From the research, it was found that among the rural elderly in Wangnamkheaw District, Nakhonratchasima Province there were 50.4% satisfied with quality of life to and 52.7 percent satisfied with quality of life to mental health, with the mean core of physical health and mental health dimensions of 59.3 and 60.2 respectively. It was also found that the factors that affected and could predict quality of life of the elderly, both physical health and mental health were self-esteem, health status, and participation in elderly club's activities. There were 51.9 % of the elderly had a 'moderate'

level of self-esteem and 52.3 percent had a healthy physical health. There were 56.3% had ever participated in the club's activities. Those samples who had a 'high' level of self – esteemed, healthy health status, and had participated in the club's activities at a 'moderate' level were found to had a 'moderate' level of satisfaction about their quality of life in regard to physical health and mental health. This finding was agreed with the study of Suwat Srisorachut et al. who studied the factors affected quality of life of rural elderly in Nakhonratchasima Province. It was found that 43.6% of the sampled elderly had a 'moderate' level of quality of life due to the fact that most of the elderly stayed with their couples and their children and were able to work and earn income by themselves. The study of Porntep Siriwanarungsum et al⁽⁷⁾. Was supported quality of life and depression among elderly in Thailand, in 2003. It was found that the quality of life of the elderly was at a 'moderate' level. The similar finding was found in the study carried out by Varma, Kusuma and Babu, who studied the relationship between health status and quality of life of the elderly residing in rural communities and nursing homes for the elderly in India, in 2010. The mean score of quality of life as regard to physical and psychological well-being of the elderly resided in the rural communities in India were 49.0 and 53.0 respectively.

Significant relationship was found between the elderly's self-esteem and the elderly's quality of life, physical health and mental health ($p < 0.001$) respectively whereas the elderly who had a 'high' level of self-esteem were found to have a 'health' level of satisfaction about their quality of life. It was found that the elderly had a 'high' level of self-esteem to: “a pride of self-capability” at 73.9%; “feeling of self-value and being important for family” at 69.8%; and “feeling that family members feel happy when then were close with the elderly” at 69.6%. This finding was agreed with the study of Waree Kungchai⁽⁹⁾ who studied self-esteem, self-care ability, and quality of life of the elderly. It was found that there was a significant relationship between self-esteem and quality of life of the sampled elderly ($p\text{-value} < 0.001$) whereas those elderly with a 'high' level of self-esteem were found to have motivation to perform self-care which led to their 'high' level of self-care ability as well as a 'high' level of quality of life. This finding was similar to the study of McAuley, Marquez, Jerom and Diener⁽¹⁰⁾, who studied exercise behaviors and quality of life of the elderly in the United Stated. It was found that self-esteem related significantly with

quality of life whereas the elderly who had a 'high' level of self-esteem were found to have a 'high' level of quality of life.

Relationship of the elderly with family members was found to be related to relate significantly with quality of life of the elderly to physical health and mental health ($p < 0.001$) whose, the elderly who had a 'good' relationship with family members were found to have a 'high' satisfaction about their quality of life. It was found that the 'high and highest' level of family members relationship were related to : "the close feeling with family members" at 72.8%; "the feeling that family members provided care and listened to the problems attentively about illness or psychological suffering" at 69.8%; and "the feeling that family members had a warm feeling and were happy" at 20.1%. This finding was agreed with the concept developed by Morrow and Wilson⁽¹¹⁾ who indicated that a family should be responsible for performing beneficial things for family members in order to help family members live in the society normally. The family must be a source that provides family members love and warm feelings, assistance, supports, for example, psychological support, loving each other, sympathy, cohesiveness, exchanging opinions among members, spending time together, etc. This concept was congruent with the study of Ratanapus Chotiwanich⁽¹²⁾ who studied the factors related to life satisfaction of the elderly in Choburi Province. The result showed that family relation related positively and significantly with life satisfaction ($p < 0.001$). This finding was also agreed with the study of Jackson⁽¹³⁾ who studied quality of life promotion among the elderly. It was found that interaction of family members was related with quality of life among the elderly.

Social support was found to related significantly with quality of life of the elderly as regard to physical and psychological well-being ($p < 0.05$) respectively. It was found that the elderly who received a 'good' social support were found to have a 'high' level of quality of life satisfaction. In regard to the specific aspects of social support, the following findings were found: "the elderly received social support regularly from their children and relatives at a 'high' level in regard to : "received helps when they had illness, for example, taking care, taking them to see the physician, buying the medicines or preparing the medicines at 67.2%, "receiving encouragement and psychological support when the elderly were sick, sad, suffering from loss,

discouraged” at 62.6%, and “receiving recommendations, assistance or psychological support when the elderly had problems or having unplanted feelings” at 58.8%. This finding was agreed with the study of Ponsuwan Jarapun⁽¹⁴⁾ who studied the relationship between social support, some selected factors and quality of life of the elderly in Chainart Province. It was found that social support related significantly with quality of life among the elderly at 0.05 level whereas the elderly who received social support at a ‘high’ level were found to have a ‘good’ quality of life. The similar finding was also found in the study of Shechter, Auslander, Weinmann and Bass⁽¹⁵⁾ who studied quality of life and social support of the post-blood-vessel ending-operation elderly. It was found that social support related significantly with quality of life among the sampled elderly at 0.05 level.

Recommendations

Recommendations from the Research Results

1. As the result of the research showed that the elderly had quality of life in regard to physical health and mental health at a ‘not satisfied’ level 49.6 percent and 47.3 percent respectively, therefore the Provincial Administration Organization and the Provincial Public Health Office should have an explicit policy and a plan to implement program activities for promoting and elevating quality of life of the elderly. The program should be an explicit and a holistic one. Should participate in organizing activities, providing services and we fare for the elderly including providing assistance for all elderly within the community to get better quantity life by providing welfare covering all elderly, for example, the establishment of an Elderly Foundation or providing support for the gathering of the group of elderly to work log ether for extra money, assistance these elderly who did not have income to be able to join the activities of the elderly club. The emphases should be placed on promotion and enhancing the elderly self-esteem, health promotion, adequate social support, developing family relation, organizing a training program on quality of life development including organizing activities for the elderly club and the network. These activities will help the elderly possess good quality of life in the future.

2. Public health personnel and village public health volunteers should play roles in promoting health of the elderly by working together organizing activities for educating elderly about knowledge regarding various physical and mental changes when entering the old age in order to help the elderly understand and accept the changes, self-care, health promotion, etc. Another activities should include promoting health care for the elderly by emphasizing on universal coverage and continuity, through home-visits for providing counseling and basis health promotion services for the elderly. Family and community should participate in organizing health service activities.

Recommendations for Further Studies

1. The research should be carried out regarding the development of a model for promoting and developing quality of life of the elderly with the participation of family and community.
2. A comparative research should be done in regard to levels of quality of life between communities in rural areas in order to find the community that accomplished in developing quality of life of their community people, and to determine the factors related to quality of life. The finding of this type of research will be beneficial for planning and setting a program for developing quality of life of rural people.

รายการอ้างอิง

1. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. สรุปสถานการณ์สังคมไทย พ.ศ.2550. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร; 2550.
2. สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล, ชัยยศ คุณานุกูล, วิพุธ พูลเจริญ และไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล, บรรณาธิการ. ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ; 2542.
3. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.การสำรวจทางประชากรศาสตร์. วารสารประชากร มหาวิทยาลัยมหิดล 2550; 16.
4. สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์. การดูแลรักษาโรคผู้สูงอายุแบบสหสาขาวิชา (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2548: 6 - 10.
5. ปัทมา ว่าพัฒนวนย์. หอมกลิ่นลำดวน เตรียมพร้อมผู้สังคมผู้สูงอายุ ใน: ชื่นฤทัย กาญจนะจิตรา, (บรรณาธิการ) สุขภาพคนไทย 2550. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพมหานคร: บริษัทอมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด; 2550: 88 - 91.
6. คณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. การพัฒนาดัชนีชี้วัดความอยู่เย็นเป็นสุขร่วมกันในสังคมไทย.กรุงเทพมหานคร: สำนักงานพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ; 2550.
7. คณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.ยุทธศาสตร์การพัฒนากุณภาพคนและสังคมแห่งภูมิปัญญาและการเรียนรู้: แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 (พ.ศ.2550 – 2554). (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพมหานคร: สำนักงานพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ; 2550.
8. บรรลุ ศิริพานิช. ผู้สูงอายุไทย. วารสารหมอชาวบ้าน 2549: 7 - 9.
9. ปราโมทย์ ประสาทกุล, อัญชลี วรารัตน์, ปัทมา ว่าพัฒนวนย์, มาดี กาญจนกิจสกุล. โครงสร้างอายุ และเพศของประชากรสูงอายุในประเทศไทย. วารสารประชากรและสังคม 2543: 1.
10. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจภาวะการทำงานของประชากร ทัวราชอาณาจักร ไตรมาส 3 (กรกฎาคม – กันยายน 2550). กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร; 2550.

11. สำนักงานทะเบียนอำเภอวังน้ำเขียว จังหวัดนครราชสีมา. โครงสร้างประชากร. วารสารประชากรอำเภอวังน้ำเขียว 2551: 3.
12. สุรกุล เจนอบรม.วิทยาการผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาการศึกษานอกโรงเรียน คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2534: 3 – 5, 11 – 22, 31 – 47.
13. WHO expert committee. Health of the elderly. WHO technical report series 1989: 7 – 8.
14. กรมอนามัย. คู่มือการส่งเสริมสุขภาพที่พึงประสงค์ในผู้สูงอายุสำหรับบุคลากรสาธารณสุข. นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2542.
15. ศรีเรือน แก้วกังวาล. จิตวิทยาพัฒนาการชีวิตทุกช่วงวัย. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2549: 538 – 541.
16. บรรลุ ศรีพานิช. คู่มือผู้สูงอายุฉบับสมบูรณ์. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์; 2538: 135.
17. เพื่อนใจ รัตดากร. กิจกรรมบำบัดในผู้สูงอายุ. เชียงใหม่: ภาควิชากิจกรรมบำบัด คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2539: 1 – 8.
18. จันทนา รัตนวิชัย. ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความสูงอายุ. ใน: จรัสวรรณ เทียนประภา (บรรณาธิการ) การพยาบาลผู้สูงอายุ. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์รุ่งเรืองธรรม; 2536: 15 – 16.
19. Ebersole PA, Hess P. Toward healthy aging: Human needs and nursing response (5th ed.). ST. Louis: Mosby; 1998: 651 – 653.
20. สุรกุล เจนอบรม. วิสัยทัศน์ผู้สูงอายุและการศึกษานอกระบบสำหรับผู้สูงอายุไทย. นิชนแอควอร์ไทซิงกรุ๊ป; 2541: 39 - 47.
21. บรรลุ ศรีพานิช. สุขภาพผู้สูงอายุคลินิก. กรุงเทพมหานคร. ม.ป.ท.; 2533: 432 – 436.
22. จรัสวรรณ เทียนประภาส. การพยาบาลผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร: รุ่งเรืองธรรม; 2536: 67 – 108.
23. กุลยา ตันติผลาชีวะ. การพยาบาลผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์เจริญกิจ, ม.ม.ป.; 28 – 35.
24. ชุติศักดิ์ เวชแพทย์. สรีรวิทยาของผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร: ศุภวานิช; 2538: 23 – 26.
25. อัมพร โอตระกูล. ปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร: บริษัทวิทยพัฒน์ จำกัด; 2538: 167 – 168.
26. Maslow AH. Motivation and Personality. (2nd ed). New York: Harper & Row. Publishers; 1970: 35 - 58, 153 – 154.
27. ศรีทับทิม (รัตน โกศล) พานิชพันธ์. บริการสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทย. วารสารสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ 2534: 52 – 86.
28. Cambell A. Subjective measure of well – being. American Psychologist 1976: 117 – 124.

29. Dalkey N, Rourke D. The delphi procedure and rating quality of life factor in the quality of life concept. Washington, D.C.: Environment Protection Agency; 1973.
30. Orem DE. Nursing concepts of practice. St. Louise: Mosby – year book; 1991.
31. Ragsdale D, Morrow JR. Quality of life as a function of HIV classification. Nurs Res 1990; 355 – 359.
32. Zhan L. Quality of life: conceptual and measurement issues. J Adv Nurs 1992: 795 - 800.
33. Padilla GV, Grant MM. Quality of life as a cancer nursing outcome variable. ANS Adv Nurs Sci. 1985: 45 – 60.
34. The WHOQOL Group. WHOQOL – BREF introduction, administration, scoring and generic version of assessment, field trial version. Geneva: WHO; 1995.
35. Hughes B, Geronto. Logical approaches to quality of life. In Johnson, J. & Slates, R. (Eds). Aging and Later Life. London: SAGE Publications. 1993.
36. Flanagan JC. A research approach to improving our quality of life. American Psychologist 1978: 136 – 147.
37. The WHOQOL Group. The development of the world health organization quality of life assessment instrument. In: J Orley, & W. Kuyken (Eds.), Quality of life assessment: International perspective (pp.41 - 57). New York: Springer - verlag.
38. Denhem MJ. Care of the long stay elderly patient. (2nd ed.). London: Chapman and Hall; 1991.
39. Ware JE Jr, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. Med Care 1992: 473 – 483.
40. Meeberg GA. Quality of life: a concept analysis. J Adv Nurs 1993: 32 – 38.
41. Frank SM. Instruments for clinical nursing research. Connecticut: Appleton & Lange, 1988.
42. Howard L, Stacey C. Psychology and health. Quality of life: A process view 1997: 753 – 767.
43. Spitzer WO, Dobson AJ, Hall J, Chesterman E, Levi J, Shepherd R, Battista RN, Catchlove BR. Measuring the quality of life of cancer patients: a concise QL-index for use by physicians. J Chronic Dis 1981: 585 – 597.
44. Ware JE Jr, Snow KK, Kosinski M, Gandek B. SF-36 Health Survey Manual and Interpretation Guide, The Health Institute, New England Medical Center, Boston, 1993.
45. วัชรวิ เลอमानกุล และปารณีย์ มีแต้ม. การพัฒนาแบบสอบถามคุณภาพชีวิต SF-36 ฉบับภาษาไทย. ไทยเภสัชสาร 2543: 92 – 111.

46. Maslow AH. Motivation and Personality. (2nded.). New York: Harper & Row. Publishers 1970: 35 – 58, 153 – 154.
47. Rosenberg M. Conceiving of self. New York: Basic Books, Inc; 1979: 31, 54, 172 – 175, 260 – 278.
48. Coopersmith S. Self – Esteem inventory. (2nded). California Consulting Psychologists Press, Inc; 1984: 95 - 132.
49. ชัยฤทธิ์ โพธิสุวรรณ และอรุณี บุญอุรพิภิญโญ. ความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาชมรมผู้สูงอายุศูนย์บริการสาธารณสุข ภาค 2 กรุงเทพมหานคร: วารสารศึกษาศาสตร์ปริทัศน์ 2542: 93 – 114.
50. วารี กังใจ. ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา 2541: 13 – 20.
51. Harris DK., Cole WE. Sociology of Aging. Boston: Houghton Mifflin company, 1980: 219.
52. Friedman MM. Social support sources and psychological well-being in older women with heart disease. Res Nurs Health 1993: 405 – 413.
53. Morrow WR, Wilson RC. Family relations of bright high-achieving and under-achieving high school boys. Child Dev 1961: 501 – 510.
54. Ernest B. The Family from Institution to Companionship. New York: American Book Company; 1984: 2.
55. Pender N J. Health promotion in nursing practice. (3nd ed). Connecticut: Appleton & Lange; 1996: 257.
56. House JS. The nature of social support. In M.A. Reading (Ed.). Work stress and social support (pp.13 - 23). Philadelphia: Addison Wesley; 1981.
57. Cobb S. Presidential Address-1976. Social support as a moderator of life stress. Psychosom Med 1976: 300 – 314.
58. Schaefer C, Coyne JC, Lazarus RS. The health-related functions of social support. J Behav Med 1981: 381 – 406.
59. พรเทพ ศิริวนารังสรรค์, ธรณินทร์ กองสุข, ยุพดี ศิริวรรณ, อัจฉรา จรัสสิงห์, เนตรชนก บัวเล็ก, สตรีรัตน์ รุจิระชาคร, แก้วดา วิสวะบำรุงชัย. คุณภาพชีวิตและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในประเทศไทย ปี พ.ศ.2546. การประชุมสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร; 2548: 81 – 82.

60. ศรีเมือง พลัฏฐ์, เกื้อ วงศ์บุญสิน. การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยตนเอง ครอบครัวและชุมชน. วารสารประชากรและสังคม 2549: 133 – 152.
61. ธนภัทร์ สุทธิ. การดำเนินชีวิตแบบเศรษฐกิจพอเพียงกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุเทศบาลตำบลด่านซ้าย อำเภอด่านซ้าย จังหวัดเลย. [วิทยานิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกจิตวิทยาพัฒนาการ]. กรุงเทพมหานคร: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2550.
62. ชูติไกร ตันติชัยวนิช. ความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดระยอง. [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกอนามัยครอบครัว]. กรุงเทพมหานคร: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล; 2551.
63. สุวัฒน์ ศรีสรณ์, อรุณ ภาชนะ, วันทนี ขำเพ็ญ, ลักษณะ เดิมศิริกุลชัย. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุชนบท จังหวัดนครราชสีมา. วารสารสุศึกษา มหาวิทยาลัยมหิดล 2543: 76 – 88.
64. อำนาจ วังจัน และพิมพ์พร ฟองหล้า. ดัชนีคุณภาพชีวิตในเขตกรุงเทพมหานคร. วารสารศรีปทุมปริทัศน์ 2545: 43 – 57.
65. ชรินทร์ เจริญกุล, อังสนา บุญธรรม. สมรรถนะทางกาย สุขภาพและความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุไทย. วารสารสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล 2549: 186 – 200.
66. บัณฑิต เกียงชนสมบัติ. การสนับสนุนทางสังคม การมีกิจกรรมกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ [วิทยานิพนธ์ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ]. กรุงเทพมหานคร: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2547.
67. พรสุวรรณ จารุพันธ์. ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยบางประการกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จังหวัดชัยนาท. วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน 2547: 223 – 235.
68. Zhang JP, Huang HS, Ye M, Zeng H. Factors influencing the subjective well being (SWB) in a sample of older adults in an economically depressed area of China. Arch Gerontol Geriatr 2008: 335 – 347.
69. Wiesmann U, Hannich HJ. A salutogenic view on subjective well-being in active elderly persons. Aging Ment Health 2008: 56 – 65.

70. รัตนา ลินธิธรรมา. ตัวแปรที่สัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสมุทรปราการ [วิทยานิพนธ์ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการแนะแนว]. กรุงเทพมหานคร: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2541.
71. สุพัตรา ธารานุกูล. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ. [วิทยานิพนธ์ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการศึกษา]. มหาสารคาม: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2544.
72. จารุพันธ์ สมบูรณ์สิทธิ์. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางประชากร กิจกรรมในการดำเนินชีวิตประจำวัน กับ ความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ. [วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกพยาบาลสาธารณสุข]. กรุงเทพมหานคร: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล; 2535.
73. Borg C, Hallberg IR, Blomqvist K. Life satisfaction among older people (65+) with reduced self-care capacity: the relationship to social, health and financial aspects. *J Clin Nurs* 2006; 607 – 618.
74. Garatachea N, Molinero O, Martínez-García R, Jiménez-Jiménez R, González-Gallego J, Márquez S. Feelings of well being in elderly people: relationship to physical activity and physical function. *Arch Gerontol Geriatr* 2009; 306 – 312.
75. Elavsky S, McAuley E, Motl RW, Konopack JF, Marquez DX, Hu L, Jerome GJ, Diener E. Physical activity enhances long-term quality of life in older adults: efficacy, esteem, and affective influences. *Ann Behav Med* 2005; 138 – 145.
76. รตนพรชัย โชติวนิช. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี. *วารสารสาธารณสุขมูลฐานภาคกลาง* 2541; 23 – 31.
77. อรุณ อุดมสมฤดี. สัมพันธภาพในครอบครัวกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลนครสวรรค์ จังหวัดนครสวรรค์. [วิทยานิพนธ์ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ]. กรุงเทพมหานคร: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2550.
78. Adams VH 3rd, Jackson JS. The contribution of hope to the quality of life among aging African Americans: 1980-1992. *Int J Aging Hum Dev* 2000; 279 – 295.
79. Siu OL, Phillips DR. A study of family support, friendship, and psychological well-being among older women in Hong Kong. *Int J Aging Hum Dev* 2002; 299 – 319.

80. Jones T, Rapport L, Hanks R, Lichtenberg P, Telmet K. Cognitive and psychosocial predictors of subjective well-being in urban older adults. *Clin Neuropsychol* 2003: 3 – 18.
81. Phillips DR, Siu OL, Yeh AG, Cheng KH. Informal social support and older persons' psychological well-being in Hong Kong. *J Cross Cult Gerontol* 2003: 39 – 55.
82. Daniel WW. *Biostatistics: A foundation for Analysis in the Health Sciences*. Sixth edition. New York: John Wiley & Sons, Inc; 1995.
83. Varma GR, Kusuma YS, Babu BV. Health-related quality of life of elderly living in the rural community and homes for the elderly in a district of India. Application of the short form 36 (SF-36) health survey questionnaire. *Z Gerontol Geriatr* 2010: 259 – 263.
84. Browne JP, O'Boyle CA, McGee HM, Joyce CR, McDonald NJ, O'Malley K, Hiltbrunner B. Individual quality of life in the healthy elderly. *Qual Life Res* 1994: 235 – 244.
85. Gureje O, Kola L, Afolabi E, Olley BO. Determinants of quality of life of elderly Nigerians: results from the Ibadan study of ageing. *Afr J Med Med Sci* 2008: 239 – 247.
86. Shechter M, Auslander G, Weinmann EE, Bass A. Quality of life and social support following distal arterial bypass in elderly patients. *Isr Med Assoc J* 2003: 322 – 325.
87. Taro Yamauchi, Taishi Midorikawa, Jun Hagihara and Kumiko Sasaki. Quality of Life, nutritional status, physical activity, and their interrelationships of elderly living on an under populated island in Japan. *Japan Geriatrics Society* 2007: 26 – 33.
88. Soghra Nikpour, Aghil Habibi Soola, Mahnaz Seiedoshohadaei and Hamid Haghani. Relationship between Quality of live and Socio – demographic characteristics among older people in Tehran – Iran. *Middle East Journal of Age and Ageing* 2007.



ภาคผนวก ก

แบบสัมภาษณ์

เลขที่.....

แบบสัมภาษณ์เพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์
เรื่อง คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชนบท อำเภอวังน้ำเขียว จังหวัดนครราชสีมา

คำชี้แจง

1. แบบสัมภาษณ์ชุดนี้แบ่งเป็น 5 ส่วน จำนวนทั้งหมด 84 ข้อ ดังนี้ คือ

ส่วนที่ 1 ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน 9 ข้อ
ส่วนที่ 2 ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง	จำนวน 15 ข้อ
ส่วนที่ 3 สัมพันธภาพในครอบครัว	จำนวน 14 ข้อ
ส่วนที่ 4 การสนับสนุนทางสังคม	จำนวน 10 ข้อ
ส่วนที่ 4 คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ	จำนวน 36 ข้อ
2. กรุณาตอบตรงความจริง เพื่อให้แบบสัมภาษณ์มีความสมบูรณ์สามารถนำมาวิเคราะห์ให้ได้ผล
ใกล้เคียงกับความเป็นจริงมากที่สุด คำตอบของทุกท่าน ผู้วิจัยถือว่ามีคุณค่า และเป็นประโยชน์
อย่างยิ่ง จะเก็บรักษาไว้เป็นความลับ มาใช้เพื่อการวิจัยเท่านั้น และขอขอบคุณทุกท่านที่ให้ความ
ร่วมมือเป็นอย่างยิ่ง และจะนำเสนอผลวิจัยในภาพรวม ซึ่งไม่มีผลกระทบต่อท่าน แต่อย่างใด

ขอขอบคุณทุกท่านที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างยิ่ง

ส่วนที่ 1 ลักษณะส่วนบุคคล

คำชี้แจง เขียนเครื่องหมาย ✓ ลงใน () หรือข้อความในช่องว่างที่กำหนด ให้ตรงกับความเป็นจริง
ชื่อหมู่บ้าน.....

1. เพศ () 1. ชาย () 2. หญิง
2. อายุ.....ปี
3. ระดับการศึกษา
() 1. ไม่ได้เรียน () 2. ประถมศึกษา () 3. มัธยมศึกษาตอนต้นหรือเทียบเท่า
() 4. มัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า () 5. อนุปริญญา
() 6. อื่น ๆ (ระบุ).....
4. สถานภาพสมรส () 1. โสด () 2. สมรส () 3. หม้าย หย่า แยกกันอยู่
5. อาชีพ/งานอดิเรก
() 1. ไม่ได้ทำงาน () 2. รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ () 3. รับจ้างทั่วไป
() 4. เกษตรกรรม () 5. ค้าขาย () 6. อื่น ๆ (ระบุ).....
6. ปัจจุบันในบ้านท่านอาศัยอยู่ด้วยกันทั้งหมด.....คน มีใครบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ)
() 1. อยู่คนเดียว () 2. สามี/ภรรยา () 3. บุตร
() 4. หลาน () 5. ญาติพี่น้อง () 6. อื่น ๆ (ระบุ).....
7. สุขภาพกายของท่านตอนนี้
() 1. สมบูรณ์แข็งแรง
() 2. มีโรคประจำตัว ระบุ... (ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ)
() 1. โรคความดันโลหิตสูง () 2. โรคเบาหวาน () 3. โรคหัวใจ
() 4. โรคไต () 5. โรคมะเร็ง () 6. โรคหอบหืด
() 7. โรคข้อเสื่อม () 8. อื่น ๆ ระบุ.....
8. ท่านเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ และได้เข้าร่วมกิจกรรมหรือไม่
() 1. ไม่ได้เป็นสมาชิก () 2. เป็นสมาชิกแต่ไม่เข้าร่วมกิจกรรม
() 3. เป็นสมาชิกและเข้าร่วมกิจกรรมบางครั้ง () 4. เป็นสมาชิกและเข้าร่วมกิจกรรมทุกครั้ง
9. ท่านได้รับการอบรมพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ณ ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุวังน้ำเขียวหรือไม่
() 1. ไม่ได้รับการอบรม () 2. ได้รับการอบรม.....ครั้ง

ส่วนที่ 2 ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ

คำชี้แจง เขียนเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่กำหนด ให้ตรงกับความเป็นจริง และตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด (ท่านรู้สึกมากน้อยเพียงใดในเรื่องต่อไปนี้)

ข้อความ	ระดับความรู้สึก				
	น้อยที่สุด (1)	น้อย (2)	ปานกลาง (3)	มาก (4)	มากที่สุด (5)
1. ท่านรู้สึกว่าตนเองเป็นผู้ที่มีประโยชน์ต่อครอบครัว					
2. ท่านรู้สึกว่าตนเองได้รับการเคารพยกย่องจากคนอื่นในครอบครัวและในสังคม					
3. ท่านรู้สึกว่าตนเองเป็นที่ปรึกษาเรื่องต่าง ๆ ให้แก่คนอื่นได้					
4. ท่านรู้สึกว่าตนเองมีความสามารถเมื่อเทียบกับคนในวัยเดียวกัน					
5. ท่านรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าและมีความสำคัญต่อครอบครัว					
6. ท่านสามารถทำกิจการงานในบ้านได้เป็นอย่างดี					
7. ท่านรู้สึกว่า ที่ผ่านมามันประสบความสำเร็จพอที่จะยกเป็นตัวอย่างแก่ลูกหลานได้					
8. ท่านรู้สึกว่าคนในครอบครัวมีความอบอุ่นเมื่ออยู่ใกล้ชิดกับท่าน					
9. ท่านมีความภาคภูมิใจในตนเองที่สามารถเป็นที่พึ่งทางใจให้ความอบอุ่นแก่ลูกหลานได้					
10. ท่านภูมิใจในความรู้ ความสามารถของตนเอง					
11. ท่านรู้สึกว่าตนเองมีส่วนช่วยแบ่งเบาภาระของคนในบ้าน					
12. ท่านรู้สึกว่าตนเอง เป็นที่น่าเชื่อถือในสายตาของคนอื่น					
13. ท่านยังมีเพื่อนสนิทที่คบหากันอยู่					
14. ท่านรู้สึกว่าเป็นที่ชื่นชอบของคนในวัยเดียวกัน					
15. ท่านรู้สึกว่าประสบการณ์ในชีวิตที่ผ่านมา มีประโยชน์ที่จะถ่ายทอดให้คนในครอบครัวได้เรียนรู้					

ส่วนที่ 3 สัมพันธภาพในครอบครัวของผู้สูงอายุ

คำชี้แจง เขียนเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่กำหนด ให้ตรงกับความเป็นจริง และตรงกับความรู้สึกของ

ท่านมากที่สุด (ท่านรู้สึกมากน้อยเพียงใดในเรื่องต่อไปนี้)

หมายเหตุ: ถ้าอยู่คนเดียวไม่ต้องสัมภาษณ์ส่วนนี้

ข้อความ	ระดับความรู้สึก				
	น้อยที่สุด (1)	น้อย (2)	ปานกลาง (3)	มาก (4)	มากที่สุด (5)
1. คนในครอบครัวให้ความเคารพเชื่อฟัง และเห็นความสำคัญของท่าน					
2. เมื่อคนในครอบครัวเกิดปัญหา มักจะมาขอคำแนะนำจากท่าน					
3. ท่านมักถูกขอความคิดเห็นให้ช่วยตัดสินใจในเรื่องต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในครอบครัว					
4. เมื่อท่านเจ็บป่วยหรือทุกข์ใจ คนในครอบครัวให้การดูแลท่านและรับฟังปัญหาด้วยความใส่ใจ					
5. ท่านได้รับการดูแลเอาใจใส่จากคนในครอบครัว เช่นเดียวกับผู้สูงอายุทั่วไป					
6. คนในครอบครัวทำกิจกรรมร่วมกัน เช่น รับประทานอาหารร่วมกัน					
7. คนในครอบครัวสนับสนุนให้ท่านถ่ายทอดความรู้ประสบการณ์แก่คนในครอบครัว					
8. ท่านรู้สึกผูกพันใกล้ชิดกับคนในครอบครัวมาก					
9. ท่านมั่นใจว่าคนในครอบครัวจะให้การดูแลท่านตลอดไป					
10. คนในครอบครัวท่าน พุดถนอมน้ำใจท่าน					
11. คนในครอบครัวท่านมีความสามัคคี รักใคร่กันช่วยเหลือเกื้อกูลกัน ดูแลเอาใจใส่และห่วงใยซึ่งกันและกัน					
12. คนในครอบครัว ทำให้ท่านรู้สึกอบอุ่นและสบายใจ					
13. เมื่อคนในครอบครัวไปเที่ยวพักผ่อน จะชวนท่านไปด้วย					
14. ท่านใช้เวลาพักผ่อนส่วนใหญ่อยู่นับกับคนในครอบครัว เช่น ดูโทรทัศน์ อ่านหนังสือ ฯลฯ					

ส่วนที่ 4 การสนับสนุนทางสังคม

คำชี้แจง เขียนเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่กำหนด ให้ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด (ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาท่านได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลต่อไปนี้ได้อย่างไร)

ข้อความ	ระดับการสนับสนุน		
	ไม่เคย (1)	บางครั้ง (2)	เป็นประจำ (3)
1. ท่านได้รับการช่วยเหลือด้านการเงินจาก บุตรหลานหรือญาติ เพื่อนบ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข องค์กรของรัฐ/เอกชน อื่น ๆ ระบุ.....			
2. ท่านได้รับการดูแลในเรื่องอาหารการกินจาก บุตรหลานหรือญาติ เพื่อนบ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข องค์กรของรัฐ/เอกชน อื่น ๆ ระบุ.....			
3. ท่านได้รับความช่วยเหลือในการจัดหาเสื้อผ้า เครื่อง นุ่งห่ม และของใช้อื่น ๆ จาก บุตรหลานหรือญาติ เพื่อนบ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข องค์กรของรัฐ/เอกชน อื่น ๆ ระบุ.....			

ข้อความ	ระดับการสนับสนุน		
	ไม่เคย (1)	บางครั้ง (2)	เป็นประจำ (3)
4. เมื่อท่านเจ็บป่วยได้รับความช่วยเหลือ เช่น การดูแล พาไปรักษา ซื้อมาหรือจัดหาให้จาก บุตรหลานหรือญาติ เพื่อนบ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข องค์กรของรัฐ/เอกชน อื่น ๆ ระบุ.....			
5. ท่านได้รับการช่วยเหลือในการดูแลทำความสะอาด บ้าน รดน้ำต้นไม้ จาก บุตรหลานหรือญาติ เพื่อนบ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข องค์กรของรัฐ/เอกชน อื่น ๆ ระบุ.....			
6. ท่านได้รับความช่วยเหลือด้านการเดินทางไปไหน มาไหนหรือเป็นเพื่อนเดินทางจาก บุตรหลานหรือญาติ เพื่อนบ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข องค์กรของรัฐ/เอกชน อื่น ๆ ระบุ.....			
7. ท่านได้รับความรู้หรือข่าวสารต่าง ๆ ในเรื่องเกี่ยวกับ สุขภาพหรือเหตุการณ์บ้านเมือง จาก บุตรหลานหรือญาติ เพื่อนบ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข องค์กรของรัฐ/เอกชน อื่น ๆ ระบุ.....			

ข้อความ	ระดับการสนับสนุน		
	ไม่เคย (1)	บางครั้ง (2)	เป็นประจำ (3)
8. เมื่อมีปัญหาหรือเรื่องกั้มใจ ท่านได้รับคำแนะนำ ช่วยเหลือหรือได้รับกำลังใจจาก บุตรหลานหรือญาติ เพื่อนบ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข องค์กรของรัฐ/เอกชน อื่น ๆ ระบุ.....			
9. ผู้ที่มีส่วนในการตัดสินใจที่สำคัญ ๆ ของท่าน คือ บุตรหลานหรือญาติ เพื่อนบ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข องค์กรของรัฐ/เอกชน อื่น ๆ ระบุ.....			
10. เมื่อท่านรู้สึกไม่สบายใจ เสียใจ สูญเสีย ท้อแท้ ท่าน ได้รับการปลอบโยนและให้กำลังใจจาก บุตรหลานหรือญาติ เพื่อนบ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข องค์กรของรัฐ/เอกชน อื่น ๆ ระบุ.....			

ส่วนที่ 5 คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

คำชี้แจง เขียนเครื่องหมาย ✓ ลงใน ☐ และช่องที่กำหนดให้ตรงกับความเป็นจริง และตรงกับความรู้สึกรของท่านมากที่สุด

1. ท่านคิดว่าสุขภาพของท่านโดยทั่วไปเป็นอย่างไร

☐ ดีเยี่ยม (1) ☐ ดีมาก (2) ☐ ดี (3) ☐ พอใช้ได้ (4) ☐ ไม่ดี (5)

2. ท่านคิดว่าสุขภาพของท่านในขณะนี้เป็นอย่างไร เมื่อเปรียบเทียบกับปีที่แล้ว

☐ ดีขึ้นกว่าปีที่แล้วมาก (1) ☐ ดีขึ้นกว่าปีที่แล้วเล็กน้อย (2) ☐ พอ ๆ กับปีที่แล้ว (3)

☐ แย่กว่าปีที่แล้วเล็กน้อย (4) ☐ แย่กว่าปีที่แล้วมาก (5)

3. ท่านคิดว่าในขณะนี้ท่านสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ต่อไปนี้ได้มากน้อยแค่ไหน

ข้อความ	ทำไม่ได้เลย (1)	ทำได้น้อย (2)	ทำได้ปกติ (3)
1. กิจกรรมที่ต้องออกแรงมาก เช่น วิ่ง ขกของหนัก เล่นกีฬาที่ใช้กำลังมาก เช่น แบดมินตัน			
2. กิจกรรมที่ออกแรงปานกลาง เช่น เคลื่อนย้ายโต๊ะ เก้าอี้ กวาดดูบ้าน			
3. ขกของหรือหิ้วของเวลาไปวัด หรือไปจ่ายตลาด			
4. ขึ้นบันไดมากกว่า 2 ชั้น เช่น เดินขึ้นบันไดจากชั้น 1 ไปชั้น 3			
5. ขึ้นบันได 1 ชั้น จากชั้น 1 ไปชั้น 2			
6. ก้มหยิบของหรือคุกเข่า			
7. เดินระยะทางมากกว่า 1 กิโลเมตร			
8. เดินระยะทาง 1 กิโลเมตร หรือประมาณจากโรงพยาบาลวังน้ำเขียวไปที่ว่าการอำเภอวังน้ำเขียว			
9. เดินระยะทางประมาณ 200 – 300 เมตร			
10. อาบน้ำ หรือแต่งตัว			

4. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีปัญหาในการทำงานหรือกิจวัตรประจำวัน เนื่องจากปัญหาสุขภาพของท่าน มากน้อยเพียงใดในประเด็นต่อไปนี้

ข้อความ	ระดับความคิดเห็นหรือความรู้สึก				
	ไม่เคย (1)	น้อยครั้ง (2)	บางครั้ง (3)	บ่อยครั้ง (4)	ตลอดเวลา (5)
1. ปัญหาสุขภาพทำให้ท่านใช้เวลาทำงานหรือกิจวัตรประจำวันได้น้อยลง					
2. ปัญหาสุขภาพกายทำให้ท่านทำงานเสร็จน้อยกว่าที่อยากจะทำ					
3. ปัญหาสุขภาพกายทำให้ท่านทำกิจวัตรประจำวันได้ลำบากกว่าเดิม เช่น ต้องใช้ความพยายามมากขึ้น หรือต้องใช้แรงมากขึ้น					
4. ปัญหาสุขภาพทางกายทำให้ท่านต้องใช้ความพยายามมากขึ้นในการทำงานหรือกิจวัตรประจำวันบางอย่างที่เคยทำได้					

5. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีปัญหาในการทำงานหรือกิจวัตรประจำวันเนื่องจากปัญหาทางด้านจิตใจหรืออารมณ์หรือไม่ (เช่น วิตกกังวล ซึมเศร้า เบื่อหน่าย เป็นต้น)

ข้อความ	ระดับความคิดเห็นหรือความรู้สึก				
	ไม่เคย (1)	น้อยครั้ง (2)	บางครั้ง (3)	บ่อยครั้ง (4)	ตลอดเวลา (5)
1. ปัญหาสุขภาพทางด้านจิตใจหรืออารมณ์ทำให้ท่านใช้เวลาทำงานหรือกิจวัตรประจำวันได้น้อยลง					
2. ปัญหาสุขภาพทางด้านจิตใจหรืออารมณ์ทำให้ท่านทำงานเสร็จน้อยกว่าที่อยากจะทำ					
3. ปัญหาสุขภาพทางด้านจิตใจหรืออารมณ์ทำให้ท่านทำงานหรือกิจกรรมต่าง ๆ ได้อย่างละเอียดรอบคอบได้น้อยกว่าปกติ					

6. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ปัญหาทางด้านร่างกายหรือจิตใจของท่านมีผลรบกวนต่อการทำกิจกรรมทางสังคมของท่านกับครอบครัว เพื่อนฝูง เพื่อนบ้าน หรือคนอื่น ๆ

☐ ไม่เลย (1) ☐ เล็กน้อย (2) ☐ ปานกลาง (3) ☐ มากพอควร (4) ☐ มากที่สุด (5)

7. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาท่านมีอาการเจ็บปวดตามส่วนต่าง ๆ มากน้อยเพียงใด

☐ ไม่เลย (1) ☐ เล็กน้อย (2) ☐ ปานกลาง (3) ☐ มากพอควร (4) ☐ มากที่สุด (5)

8. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาท่านมีอาการเจ็บปวดที่เกิดขึ้นกับท่าน รบกวนต่อการทำงาน (ทั้งงานนอกบ้านและงานในบ้าน) ของท่านมากน้อยเพียงใด

☐ ไม่เลย (1) ☐ เล็กน้อย (2) ☐ ปานกลาง (3) ☐ มากพอควร (4) ☐ มากที่สุด (5)

9. คำถามต่อไปนี้ จะถามเกี่ยวกับความรู้สึกของท่านว่าความรู้สึกต่อไปนี้เกิดขึ้นกับท่านบ่อยแค่ไหนใน 1 เดือนที่ผ่านมา เลือกคำตอบที่ใกล้เคียงกับท่านมากที่สุด

ข้อความ	ระดับความคิดเห็นหรือความรู้สึก				
	ตลอดเวลา	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	น้อยครั้ง	ไม่เลย
รู้สึกสดชื่น กระปรี้กระเปร่า					
รู้สึกตื่นตกใจง่าย					
รู้สึกซึมเศร้าหรือเต็มไปด้วยความทุกข์					
รู้สึกสุขสงบ					
รู้สึกเต็มไปด้วยพลัง มีความตื่นตัวมาก					
รู้สึกท้อแท้ใจและซึมเศร้า					
รู้สึกเหนื่อยล้าในชีวิต					
รู้สึกมีความสุขดี					
รู้สึกเหน็ดเหนื่อย					

10. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาปัญหาทางด้านร่างกายหรือทางด้านจิตใจมีผลทำให้ท่านไม่สามารถไปร่วมงานสังคม เช่น ไปพบปะเพื่อนฝูงหรือญาติพี่น้อง

☐ ไม่เลย (1) ☐ น้อยครั้ง (2) ☐ บางครั้ง (3) ☐ บ่อยครั้ง (4) ☐ ตลอดเวลา (5)

11. เลือกคำตอบที่ตรงกับท่านมากที่สุด

ข้อความ	ระดับความคิดเห็นหรือความรู้สึก				
	เป็นจริง อย่างยิ่ง	ส่วนใหญ่ เป็นจริง	ไม่แน่ใจ	ส่วนใหญ่ ไม่ใช่	ไม่ใช่เลย
1. ท่านรู้สึกว่าจะเจ็บป่วยง่ายกว่าคนอื่น ทั่วไปเล็กน้อย					
2. ท่านมีสุขภาพดีเหมือนกับคนอื่น ๆ ที่ ท่านรู้จัก					
3. ท่านคาดว่าสุขภาพตัวเองจะแย่ลงกว่าเดิม					
4. ท่านมีสุขภาพดีเยี่ยม					

ภาคผนวก ข

เอกสารรับรองการวิจัยในมนุษย์



เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
โดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

เอกสารรับรองเลขที่ MUPH2010-096

ชื่อโครงการ คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชนบท อำเภอวังน้ำเขียว จังหวัดนครราชสีมา

รหัสโครงการ 26/2553

ชื่อหัวหน้าโครงการ นายชุตติเดช เจียนดอน

ที่ทำงาน หลักสูตร วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์)
สาขาวิชาเอกบริหารสาธารณสุข
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
420/1 ถนนราชวิถี กรุงเทพมหานคร

ขอรับรองว่าโครงการดังกล่าวข้างต้นได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบโดยสอดคล้องกับคำประกาศ
เชลซิงกิ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ลงนาม
(รองศาสตราจารย์พิพัฒน์ ลิ้มมัจจุรกุล)
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ลงนาม
(รองศาสตราจารย์พิทยา จารุพูนผล)
คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

วันที่รับรอง : 14 พฤษภาคม 2553

วันที่เอกสารรับรองหมดอายุ : 13 พฤษภาคม 2554

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	นายชุตติเดช เจียนคอน
วัน เดือน ปี เกิด	29 มิถุนายน 2523
สถานที่เกิด	กรุงเทพมหานคร
ประวัติการศึกษา	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา, พ.ศ. 2543 – 2547 ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต (สาธารณสุขชุมชน) มหาวิทยาลัยมหิดล, พ.ศ. 2551 – 2554 วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาบริหารสาธารณสุข (ภาคพิเศษ)
ตำแหน่งสถานที่ทำงาน	นักวิชาการสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขอำเภอวังน้ำเขียว จังหวัดนครราชสีมา